



MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a
gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante
renal**

Lídia Raquel Vieira Mouta

Lisboa
2018





MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a
gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante
renal**

Lídia Raquel Vieira Mouta

Orientador(a): Professor Doutor António Filipe Cristóvão

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Acreditar não significa estar livre de momentos difíceis, mas ter a força para os enfrentar sabendo que não estamos sozinhos”.

Papa Francisco

AGRADECIMENTOS

Às instituições de saúde, às equipas multidisciplinares, que permitiram o desenvolvimento de competências e partilha de experiências.

Ao meu orientador, Professor Doutor Filipe Cristóvão pela sua orientação, dedicação, crítica, conhecimento transmitido e disponibilidade.

À minha FAMÍLIA e amigos.

A todos, muito obrigada!

SIGLAS

APDP	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
CTR	Consulta de Transplante Renal
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Ambulatória
DPCA	Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória
DO	Dorothea Orem
DRC	Doença Renal Crónica
EC	Ensino Clínico
EVA	Entidade de Verificação da Admissibilidade da colheita para Transplantes
FAV	Fístula Arteriovenosa
GID	Plataforma Informática de Gestão Integrada da Doença
HD	Hemodiálise
HDF	Hemodiafiltração
IN	Internamento Nefrologia
IRA	Insuficiência Renal Aguda
ISN	Sociedade Internacional de Nefrologia
MDP	Modelo de Desenvolvimento Profissional
NKF	National Kidney Foudation
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMP	por milhão de habitantes
RENDA	Registo Nacional de Não Dadores
SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TCM	Tratamento Conservador Médico
TEP	Teste de Equilíbrio Peritoneal
TR	Transplante Renal
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TSFR	Terapêutica de Substituição da Função Renal

RESUMO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Vertente de Enfermagem Nefrológica). Procura pôr em evidência as principais aprendizagens realizadas em ensino clínico e inclui o resultado de uma pesquisa sobre a gestão do tratamento dos doentes sujeitos a transplante renal.

Este relatório mostra, como foram desenvolvidas as competências gerais e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica. Os estágios realizados em unidades de internamento de nefrologia, de diálise peritoneal, de hemodiálise e de consulta de transplante renal. Permitiram desenvolver capacidades de intervenção de enfermeiro especialista, prescritas pela associação europeia de enfermagem de nefrologia.

A doença renal crónica (DRC) é um problema de saúde pública preocupante em Portugal e no mundo. A partir do diagnóstico de DRC, o doente e família têm de aprender a viver com a doença, com as comorbilidades decorrentes da mesma, bem com o tratamento. Atualmente o transplante renal (TR) é a melhor Terapêutica Substituta da Função Renal (TSFR), esta terapêutica tem por objetivo o aumento de sobrevivência do doente em quantidade e qualidade, sendo considerado o método de eleição, comparativamente aos métodos dialíticos. O enfermeiro de nefrologia deve proporcionar a melhor assistência, com especial ênfase no apoio, na educação, na prevenção de complicações e na reabilitação, estimulando a independência e o autocuidado.

A transplantação é hoje uma realidade à escala mundial, sendo que, 100 países possuem programas de transplantação.

Neste contexto, apresenta-se um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, em que se procurou identificar as dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a gestão do tratamento do doente sujeito a transplante renal. Foram realizadas 8 entrevistas semiestruturadas. As principais dificuldades percebidas pelos doentes para gerir o tratamento foram: infeção urinária e toma de medicação, das 13 dificuldades, 10 delas de ordem física e três de ordem psicossocial. A maioria das estratégias para enfrentar as dificuldades estavam centradas na resolução de problemas, embora os informantes também tenham referido estratégias de controlo de emoções. Estes dados sugerem que os doentes se sentem capazes de controlar as dificuldades do tratamento. Os principais fatores facilitadores da gestão do tratamento foram: apoio e aconselhamento da equipa de saúde e não fazer diálise. Da análise dos dados emergiram três

categorias: percepção dos doentes sobre o tratamento (3); percepção em relação á equipa de saúde (1) e a percepção dos doentes sobre si mesmo após o TR (4).

Palavras chave: Enfermagem Nefrológica; Transplante Renal; Dificuldades; *Coping*;

ABSTRACT

This work arises within the scope of the Curricular Unit with Report, of the 8th Masters Course in Nursing, Area of Specialization in Medical-Surgical Nursing (Nursing Nephrological Branch). It seeks to highlight the main lessons learned in clinical teaching and includes the results of a research on the management of renal transplant patients.

This report shows how the general and specific competencies of nurse specialist in nephrological nursing were developed. The stages performed in inpatient nephrology, peritoneal dialysis, hemodialysis and renal transplantation units. They allowed the development of specialized nurse intervention capacities, prescribed by the European association of nursing of nephrology.

Chronic kidney disease (CKD) is a worrying public health problem in Portugal and the world. From the diagnosis of CKD, the patient and family have to learn to live with the disease, with the co-morbidities arising from it, and with the treatment. Currently renal transplantation (TR) is the best Renal Function Substitute Therapy (TSFR), this therapy aims to increase patient survival in quantity and quality, being considered the method of election, compared to dialytic methods. The nephrology nurse should provide the best care, with special emphasis on support, education, complication prevention and rehabilitation, stimulating independence and self-care.

Transplantation is now a reality worldwide, with 100 countries having transplantation programs. In this context, a descriptive, qualitative approach was presented, in which the difficulties, strategies and factors that influence the management of the treatment of the patient undergoing renal transplantation were identified. Eight semi-structured interviews were carried out. The main difficulties perceived by the patients to manage the treatment were: urinary infection and medication, of the 13 difficulties, 10 of them of physical order and three of psychosocial order. Most coping strategies were focused on problem solving, although respondents also reported strategies for controlling emotions. These data suggest that patients feel able to control the difficulties of treatment. The main factors facilitating treatment management were: support and counseling of the health team and not doing dialysis. From the data analysis emerged three categories: patients' perception of treatment (3); (1) and the perception of patients about themselves after TR (4).

Keywords: Nephrology Nursing; Renal Transplantation; Difficulties; Coping.

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 - Classificação dos estadios da DRC.....	22
Figura 2 - Colocação de cateteres de hemodiálise duplo lúmen.....	37
Figura 2a - Material para colocação de cateter de hemodiálise.....	37
Figura 3 - Cateter de diálise duplo lúmen.....	37
Figura 3a - Fístula arteriovenosa.....	37
Figura 3b - Prótese vascular.....	37
Figura 4 - Tipos de dificuldades para gerir o tratamento em doentes sujeitos a transplante renal.....	57
Figura 5 - Tipos de estratégias para gerir o tratamento em doentes sujeitos a transplante renal.....	57

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 - Dificuldades para seguir o tratamento relacionado com o transplante renal.....	48
Quadro 2 - Estratégias para enfrentar a dor/desconforto na fossa ilíaca.....	52
Quadro 3 - Estratégias para enfrentar Parestesia na área intervencionada.....	52
Quadro 4 - Estratégias para enfrentar a infecção urinaria.....	53
Quadro 5 - Estratégias para enfrentar a toma da medicação.....	53
Quadro 6 - Estratégias para enfrentar a dieta.....	54
Quadro 7 - Estratégias para enfrentar a exposição solar.....	55
Quadro 8 - Estratégias para enfrentar efeitos colaterais dos imunossupressores.....	55
Quadro 9 - Estratégias para enfrentar a informação dada pelos profissionais de saúde de forma diferente.....	55
Quadro 10 - Estratégias para enfrentar risco de infecção.....	56
Quadro 11 - Fatores facilitadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal	52
Quadro 12 - Fatores dificultadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal	60
Quadro 13 - Perceção dos doentes sobre o tratamento	62
Quadro 14 - Perceção dos doentes face à equipa de saúde.....	63
Quadro 15 - Perceção dos doentes sobre si mesmo após o TR.....	63

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	18
1. QUADRO CONCEPTUAL	22
1.1 A Doença Renal crónica	22
1.2 O Transplante Renal	25
1.2.1 Dadores de rins.....	26
1.2.2 Contra-indicações para transplante renal	28
1.2.3 A terapêutica Imunossupressora	28
1.3 O modelo de autocuidado de Dorothea Orem	29
1.4 As competências do enfermeiro especialista	31
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS E DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	34
2.1 Serviço de hemodiálise	34
2.2 O serviço de diálise peritoneal	38
2.3 O internamento nefrologia.....	40
2.4 A consulta de transplante renal.....	41
3. ESTUDO SOBRE “DIFICULDADES, ESTRATÉGIAS E FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTÃO DO TRATAMENTO EM DOENTES SUJEITOS A TRANSPLANTE RENAL”	44
3.1 Tipo de estudo	44
3.2 População e informantes	45
3.3 Instrumento de colheita de dados	45
3.4 Procedimentos	45
3.4.1 Processo de seleção dos informantes	45
3.4.2 Questões éticas	46
3.4.3 Pedido de colaboração/esclarecimento sobre o estudo.....	46
3.5 Análise de dados.....	47
3.6 Apresentação e discussão dos dados.....	47
3.6.1 Caracterização dos informantes	47
3.6.2 Tema 1: Dificuldades para seguir o tratamento relacionado com o transplante renal	48
3.6.3 Tema 2: Medidas/Estratégias para gerir as dificuldades na gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal	51

3.6.4 Tema 3: Fatores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal	57
3.6.5 Tema 4: Perceção dos doentes transplantados sobre o TR	62
3.6.6 Conclusões do estudo	64
4. CONCLUSÕES.....	68
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

APÊNDICES

Apêndice I – Guião da entrevista

Apêndice II – Consentimento informado

Apêndice III – Unidades de registo

ANEXOS

Anexo I – Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde

Anexo II – Ensino clínico em HD (avaliação qualitativa)

Anexo III – Ensino clínico em DP (avaliação qualitativa)

Anexo IV – Ensino clínico em Internamento Nefrologia (avaliação qualitativa)

Anexo V – Ensino clínico em consulta de TR (avaliação qualitativa)

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área específica de intervenção de Enfermagem Nefrológica, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Atualmente em Portugal estima-se que haja mais de 800 mil pessoas com algum grau de doença renal (desde o grau I ao V). Entre 1997 e 2017 o número de doentes em TSFR mais do que duplicou, atingindo no ano de 2017 uma prevalência de 1236 por milhão de habitantes (pmp) (Macário, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), citada por CIE (2010), define doença crónica como sendo doença de duração prolongada e de progressão lenta. Este tipo de doença implica uma reestruturação pessoal e familiar, uma vez que as pessoas e seus familiares têm de aprender a viver e a gerir a sua situação de saúde. A OMS (2003), recomenda a capacitação para o autocuidado como meio para o desenvolvimento de competências e habilidades de cuidado com a própria saúde, com a finalidade de dar suporte ao aprendizado para viver mais confortavelmente com doença crónica. A implementação do transplante renal como terapêutica de Substituição da Função Renal (TSFR), leva-nos a um patamar de cuidados que visam manter uma elevada qualidade e expectativa de vida. O transplante é a TSFR que melhor qualidade de vida oferece ao doente.

A longevidade garantida pela opção do transplante em relação à diálise tem sido amplamente demonstrada, segundo vários autores (Medin, 2000, p.701; Rabbat, 2000, p.917; Wolfe, 1999, p.1725).

Segundo a Plataforma Informática de Gestão Integrada da Doença (GID), o Transplante Renal (TR), tem uma duração média de vitalidade limitada a 10-15 anos. Todo o processo de transplantação renal, quer no pré transplante quer nos pós transplante, envolve uma grande diversidade de etapas que o tornam num procedimento complexo e detalhado. Para que toda esta articulação seja possível, é necessária a existência de uma equipa de saúde multidisciplinar, que integre o próprio doente e a sua família.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios de competências, consideradas competências comuns, independentemente da área onde exercem, sendo as mesmas demonstradas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados prestados. Para a elaboração deste relatório de estágio foi utilizado a

metodologia descritiva, análise crítica e reflexão em relação a todas as atividades desenvolvidas e objetivos delineados.

Este Relatório tem como **objetivos gerais**:

- ✓ Evidenciar o desenvolvimento de competências na área específica de nefrologia;
- ✓ Relacionar a teoria com a prática profissional;
- ✓ Refletir sobre os cuidados e sobre a colaboração com a equipa multidisciplinar nos vários campos de estágio.

O relatório está dividido em quatro seguintes partes. A primeira respeita ao quadro conceitual que suporta o desenvolvimento de competências e que inclui a doença renal crónica, o transplante renal, o modelo de autocuidado de Dorothea Orem e as competências do enfermeiro especialista. Na segunda parte descrevem-se e discutem-se as atividades desenvolvidas em cada campo de estágio. A terceira parte é dedicada ao estudo sobre “dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal”. O relatório termina com o capítulo das conclusões, onde se sintetiza a aprendizagem desenvolvida e se apresentam sugestões.

Segundo (Dupas, Pinto, Mendes & Benedini, 1994), a enfermagem tem desenvolvido um saber próprio, um conhecimento específico para direcionar a sua prática, com a finalidade de promover a competência profissional e construir uma nova configuração conceitual.

Para isso propus-me a desenvolver competências de especialista e aprofundar conhecimentos sobre o DRCT em programa de hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP), internamento de nefrologia (IN), terminando na consulta de transplante renal (CTR). Nesta consulta foi desenvolvido todo o trabalho de investigação. Este trabalho de investigação foi elaborado com a finalidade de descrever de que forma o transplante muda a vida das pessoas, que dificuldades encontram, que estratégias e fatores utilizam para se adaptarem à nova fase da sua vida.

A referência que dará seguimento à prática clínica será a “Teoria de enfermagem de Dorothea Orem”, baseada essencialmente no autocuidado e que foi desenvolvida entre 1959 e 1985.

No que diz respeito às competências do enfermeiro, Benner (2001), trouxe para a enfermagem a aplicação do modelo de Dreyfus, que diz respeito aos níveis de competências, desde iniciado a perito, centrando os domínios de competências na realização de ajuda, educação e suporte, na função de diagnóstico e monitorização

de intervenção e protocolos terapêuticos, qualidade dos cuidados de saúde e nas competências organizacionais e de trabalho. Um profissional bem atualizado, através de pesquisa e reflexão, pode melhorar a olhos vistos as suas competências enquanto profissional de saúde.

1. QUADRO CONCEPTUAL

O quadro conceitual incide sobre a Doença Renal Crônica, a sua evolução e tratamento, com ênfase no transplante renal. Apresenta-se as teorias de Autocuidado de Orem e as competências do enfermeiro especialista.

1.1 A Doença Renal crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda gradual e persistente da função renal. O nível mais avançado da DRC, também chamado de estágio V, exige que a substituição da função renal seja assegurada por Hemodiálise, Diálise Peritoneal ou Transplante Renal (Coelho et al, 2014). Jameson e Loscalzo, (2013) evidenciaram que a DRC engloba vários processos fisiopatológicos associados à função renal anormal e um declínio progressivo taxa de filtração glomerular (TFG). Tizo (2015), refere que o aumento da perspectiva de vida associada ao envelhecimento da população tem contribuído para a predominância de morbilidades e doenças crônicas, em especial a DRC.

Para a National Kidney Foudation - NKF (2017), a DRC apresenta 5 estadios de evolução (Figura 1). No primeiro estadio existem alterações urinárias assintomáticas, sem alteração da TFG. Os estadios 2, 3 e 4 equivalem a insuficiência renal ligeira, moderada e grave, acompanhadas da diminuição da TFG. O 5º estadio, equivale a falência renal em que o doente passa a ter necessidade de uma terapia de substituição renal para viver: HD, DP ou TR (NKF, 2017).

Figura 1 – Classificação dos estadios da DRC

STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE		GFR*	% OF KIDNEY FUNCTION
Stage 1	Kidney damage with normal kidney function	90 or higher	90–100%
Stage 2	Kidney damage with mild loss of kidney function	89 to 60	89–60%
Stage 3a	Mild to moderate loss of kidney function	59 to 45	59–45%
Stage 3b	Moderate to severe loss of kidney function	44 to 30	44–30%
Stage 4	Severe loss of kidney function	29 to 15	29–15%
Stage 5	Kidney failure	Less than 15	Less than 15%

* Your GFR number tells you how much kidney function you have. As kidney disease gets worse, the GFR number goes down.

Fonte: <https://www.kidney.org/atoz/content/gfr> [consultado em 11 de janeiro de 2018]

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a diabetes mantém-se como primeira causa de DRC, seguida de outros e causas desconhecidas, estando a hipertensão arterial em quarto lugar. No entanto, há outras causas: glomerulonefrite, malformações congénitas, lúpus, causas obstrutivas e infeções recorrentes (NKF, 2017).

Portugal enfrenta uma tendência de crescimento anual de DRC estadio 5 em diálise ou transplantação superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apresentando das taxas mais elevadas de incidência e prevalência da Europa (687,24 pmp e 1965,1 pmp respetivamente em 2017). A nível mundial, a prevalência de DRC sob terapêutica substitutiva da função renal (TSFR) é apenas superada pela que se regista na Tailândia, Japão, Singapura e nos EUA (DGS, 2014). Mundialmente, as taxas de mortalidade para doentes com Insuficiência renal crónica terminal são mais baixas na Europa e no Japão, sendo muito elevadas no mundo em desenvolvimento por causa da limitada disponibilidade de diálise (Liu & Chertow, 2013, pg. 141).

A partir do diagnóstico de DRC, o doente e família têm de aprender a viver com a doença e todas as comorbilidades decorrentes da mesma, bem como com o tratamento.

Segundo a DGS (2011), a informação sistemática e o esclarecimento ao doente renal crónico sobre as várias modalidades de TSFR disponíveis é obrigatória e deve fazer parte integrante de todos os serviços hospitalares de nefrologia. Segundo a Norma da Direção Geral de Saúde de Setembro de 2011, atualizada em junho de 2012, que se refere ao tratamento conservador médico (TCM) da DRC estadio 5. Pela norma, todas as unidades hospitalares de nefrologia devem ter uma consulta de esclarecimento. Para aceder a esta consulta, o doente deve ser referenciado pelo seu nefrologista ainda no estadio 4. A consulta deve incluir a equipa multidisciplinar (médico nefrologista, enfermeiro, assistente social e nutricionista), o doente e família, para que assim possam ser devidamente esclarecidos em relação ao seu tratamento.

Segundo a EDTNA/ERCA (1995), o serviço de nefrologia deve incentivar a presença do doente, família, para que em conjunto possam tomar decisões sobre as mudanças que se avizinham. A enfermeira de nefrologia deve ser detentora de formação, educação e informação necessária, para que o doente e família possam de uma forma autónoma e consciente tomar uma decisão na escolha em relação ao

seu tratamento, conseguindo também dessa forma uma maior independência e reabilitação.

A opção terapêutica escolhida por cada doente com IRC tem em conta as modalidades existentes, as implicações sociais, as doenças coexistentes e a percepção da eficácia da HD ou DP. Para alguns doentes com IRC a diálise (HD ou DP) é uma terapêutica de durabilidade inesperada, até serem submetidos a transplante renal. No entanto, para outros constitui a única terapêutica substitutiva da função renal (Ribeiro, 1997).

De acordo com (Terra et al, 2010) a **hemodiálise** é um processo terapêutico com a capacidade de remover catabólitos do organismo e corrigir as alterações do meio interno por meio de circulação do sangue com equipamento desenvolvido para este fim. O método consiste na circulação extracorporal do sangue por tubos ou compartimentos separados por uma membrana semipermeável e constantemente banhados por uma solução eletrolítica adequada – solução de diálise. No decorrer do tratamento, o sangue flui até ao dialisador onde são filtrados os resíduos e o excesso de líquidos. Em seguida, o sangue depurado flui de volta ao organismo do doente.

A hipotensão é a complicação intradialítica mais comum em HD, particularmente em doentes com diabetes mellitus, seguindo-se as câibras (Liu & Chertow, 2013, p. 145). Há vários tipos de HD. Essencialmente HD convencional, de alto fluxo e hemodiafiltração (HDF).

A denominação **Diálise Peritoneal** engloba todas as técnicas de diálise em que é utilizado o peritoneu como membrana de transferência de água e solutos, em função do seu tamanho, entre o sangue e a solução de diálise (Coronel, 2006).

Segundo Liu & Chertow (2013), na DP é introduzido na cavidade peritoneal 1,5 a 3 L de uma solução com eletrólitos semelhantes à composição do plasma e dextrose ou outro agente osmótico, que ali permanece por um período de tempo definido, geralmente 2 a 4 horas. Como na HD, as toxinas são removidas combinando a depuração convectiva através de ultrafiltração e a depuração difusa até do gradiente de concentração. As principais complicações da DP são a peritonite, as infeções associadas ao cateter, o ganho de peso, outras alterações metabólicas e uremia.

Dada a importância do transplante renal para este relatório, o subcapítulo que se segue aborda com mais detalhe o transplante renal.

1.2 O Transplante Renal

Transplantação renal é uma técnica terapêutica da DRCT que consiste na colocação de um rim no abdómen, de dador cadáver ou de um dador vivo.

O rim transplantado passa assegurar a função renal do recetor (norma 017/2011 de 28/09/2011 atualizada a 14/06/2012 da Direção Geral de saúde).

Para Tizo (2015), atualmente o transplante renal é a melhor alternativa para a DRC, resultando assim no aumento da sobrevida do doente.

A DGS (2011), descreve também que a transplantação renal é a modalidade terapêutica que traz uma melhor qualidade de vida e uma maior esperança de vida. A longevidade do enxerto renal depende em grande parte da adesão ao regime terapêutico. A transplantação renal envolve outros riscos e complicações que são inerentes à colocação de um órgão estranho dentro do organismo: rejeição e riscos associados à imunossupressão.

A ideia de substituição de um órgão que entrou em falência por um outro saudável, esteve sempre presente na história, tendo sido representada em pinturas medievais, neste momento faz parte do nosso quotidiano. A transplantação é hoje uma realidade à escala mundial, sendo que, 100 países possuem programas de transplantação (Matesanz, 2008).

O primeiro transplante de órgãos bem-sucedido foi um rim transplantado em 1954 pelo Dr. Joseph Murray. Ele transplantou um rim de um irmão gêmeo para outro, a cirurgia demorou cerca de 5 horas e meia. O irmão recetor sobreviveu com função renal durante 8 anos (Murray, 2014). Em Portugal esta atividade iniciou-se a 20 de julho de 1969, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), tendo sido realizado o primeiro transplante renal com dador vivo por uma equipa médica liderada pelo cirurgião Prof. Alexandre Linhares Furtado.

O transplante renal é reconhecido como um grande avanço na Medicina, que fornece anos de vida com alta qualidade a doentes com DRC estadio 5, em todo o mundo. O que foi uma opção de tratamento experimental, arriscado e muito limitado há 50 anos, é hoje uma prática de rotina em mais de cerca de 100 países em todo o mundo. O que só estava disponível em locais com grande poder económico, atualmente transforma vidas com um procedimento rotineiro e encontra-se acessível em países de alto e médio rendimento. As maiores quantidades de transplantes renais são realizadas nos EUA, na China, no Brasil e na Índia, enquanto as

populações com os melhores acessos ao transplante são na Áustria, nos EUA, na Croácia, na Noruega, em Portugal e na Espanha (Garcia, Harden & Chapman, (2012).

Os autores anteriormente mencionados referem também que, têm sido implementadas estratégias para reduzir a diferença entre as populações desamparadas. O programa de Alcance Global da Sociedade Internacional de Nefrologia (ISN) tem iniciado o projeto por uma grande área de países, tendo como objetivo recolher informações globais, alargar a educação e levar até todos a informação sobre transplante de órgãos.

Segundo registos do SPN 2016, apresentados no Encontro Renal 2017, Portugal ocupa o 11º lugar no ranking Mundial com uma taxa de 47 transplantes renais, por milhão de habitantes (pmp), por país. Em 2017, 414 pessoas com DRCT que se encontravam em programa regular de hemodiálise realizaram transplante renal e 120 pessoas iniciaram HD por falência do transplante (SPN, 2018). Segundo o registo da (Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN], 2018), em 2017, foram realizados em Portugal 527 transplantes Renais, o maior número foi realizado no Centro Hospitalar da universidade de Coimbra, 122 TR. Tendo-se verificado que 90.7% dos 527 TR foram de dador cadáver, e os restantes de dador vivo (9.3%).

1.2.1 Dadores de rins

Portugal considera dois tipos de dadores de rins, o dador vivo e o dador cadáver.

Em relação ao dador vivo a Lei n 22/2007 de 29 de junho, qualquer pessoa pode ser dadora, independentemente de ter um grau de parentesco. Após a decisão da doação, a pessoa será informada de todo o processo e dos seus riscos. Segundo a diretiva 2010/53/EU, da avaliação clínica do possível dador faz parte a história clínica, o exame físico e dados laboratoriais. Estes procedimentos clínicos e os cuidados até à colheita, visam garantir a qualidade e segurança na colheita de órgãos.

O dador será avaliado em diversas consultas, realizadas por uma equipa multidisciplinar (nefrologista, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista).

Os dadores cadáver são indivíduos em morte cerebral, com rim em bom estado, e sem ser portador de doenças transmissíveis. Após o Decreto-Lei 244/94, de 26/9, em Portugal não se procede à colheita de órgãos sem se verificar se a pessoa está inscrita no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). Entre a recolha do rim do

cadáver e a transplantação deve decorrer o menor tempo possível, nunca podendo exceder as 48 horas. O recetor recebe uma chamada telefónica a informar que há um rim disponível e que há possibilidade, mas não a certeza absoluta, de ser transplantado. É muito importante a pessoa que aguarda um transplante, estar sempre contactável

Para que o transplante seja realizado deverá haver um parecer positivo da EVA- Entidade de Verificação da Admissibilidade da colheita para transplantes (Despacho Ministerial nº 26951/2007). Doar um rim é um ato de grande valor moral, pelo que, deverá ser um ato refletido. Em Portugal é proibida a venda de órgãos e outro tipo de trocas entre pares dador-recetor.

A EVA foi criada nos seguintes hospitais: Hospital Garcia de Orta (HGO), E.P.E.; Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.; Hospital de Santa Maria (HSM), E.P.E.; Hospital de Santo António (HSA), Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.; Hospital de São João (HSJ), E.P.E.; Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC); Hospital Curry Cabral (HCC) e Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP). Esta Entidade é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por três membros da Comissão de Ética para a Saúde que estejam envolvidos em programas de transplantação.

É da responsabilidade dos centros de histocompatibilidade, realizar estudos laboratoriais de imunogenética, imunologia e das doenças transmissíveis, aplicados à transplantação de órgãos, tecidos e células de origem humana em dadores e recetores, nos períodos pré e pós transplantação; assegurar e manter a base de dados atualizada a nível nacional em relação aos estudos de histocompatibilidade; gerir a lista de espera para transplantação renal; desenvolver investigação no âmbito da transplantação e medicina regenerativa; desenvolver a criopreservação de tecidos e células para transplantação; manter um arquivo biológico de doentes e dadores.

No nosso país, dispomos de 3 centros de histocompatibilidade: O centro de histocompatibilidade do Norte, com sede no Porto e referência à Região de Saúde do Norte, o Centro de histocompatibilidade do Centro, com sede em Coimbra e referência à Região de Saúde do Centro e à Região Autónoma dos Açores, e o centro de histocompatibilidade do Sul, com sede em Lisboa e referência às regiões de saúde de LVT, Alentejo e Algarve e à Região Autónoma da Madeira. Em

Portugal, o processo de um doente para a consulta de pré-transplante é referenciado pelos médicos nefrologistas e centros de diálise. O doente aquando da consulta deve fazer-se acompanhar de informação clínica pormenorizada, incluindo exames de diagnóstico de rotina para seguimento. O nefrologista da consulta de pré-transplante deve requisitar os exames, que estão normalizados, os quais devem acompanhar o doente caso este vá a uma segunda unidade de transplantação (Portugal, 2009).

1.2.2 Contraindicações para transplante renal

Segundo Botelho (2015), para a realização de um transplante renal deve haver uma avaliação criteriosa e minuciosa ao doente. É prioritário excluir as seguintes contraindicações para o transplante: doença renal reversível; doença cardiovascular ou pulmonar grave; cirrose hepática grave, comprovada por biopsia; doente não aderente à terapêutica; abuso de substâncias ou distúrbios psiquiátricos não controlados; infeção ativa; esperança de vida inferior a um ano.

1.2.3 A terapêutica Imunossupressora

Atualmente o rim é o órgão mais transplantado. Para isso muito contribuiu a descoberta da terapêutica imunossupressora na década de 80, o avanço e melhoramento do processo de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células de origem humana.

Um fator que tem contribuído para que o transplante renal seja visto como a melhor opção para a DRCT é o avanço tecnológico sobre terapia de imunossupressão. O objetivo fundamental dessa terapia é aumentar a sobrevida do enxerto, evitando as rejeições agudas e crónicas do órgão transplantado (Júnior et al, 2010).

O transplante exige uma eficaz adesão ao tratamento. A falta de cuidados com a saúde após o transplante, como o esquecimento da toma dos imunossupressores, pode trazer complicações e comprometer o transplante renal.

“(…) a imunossupressão tem um papel fundamental na preservação estrutural e funcional do enxerto. Podem ser utilizados agentes farmacológicos e biológicos. No primeiro grupo temos: corticosteróides (prednisolona e metilprednisolona); inibidores da calcineurina (ciclosporina e tacrólimus); antimetabolitos (azatioprina); antiproliferativos (micofenolato de mofetil, ácido micofenólico); inibidores mTOR (sirolimus, everolimus); citotóxicos. No

segundo podemos recorrer a: anticorpos monoclonais (basiliximab e daclizumab – anti CD25, alentuzumab – anti CD52, efalizumab – anti LFA-1, muromonab CD3 e globulina antilinfocitária); anticorpos policlonais (globulina antitimocítica). A conjugação de agentes e a intensidade da sua administração é decidida com base no risco imunológico de cada transplante” (Botelho, 2015, p.13).

Botelho (2015), refere que existe um vasto leque de imunossupressores, que se dividem em agentes farmacológicos e agentes biológicos. As associações entre eles, bem como a sua intensidade do tratamento, são fundamentadas no risco imunológico de cada transplantado renal.

1.3 O modelo de autocuidado de Dorothea Orem

O modelo de Orem tem-se desenvolvido ao longo de 40 anos, como é evidenciado nas três edições do seu livro *“Nursing concepts of practice”* e pode aplicar-se a adultos, crianças e jovens com algumas adaptações. Centra-se no conceito de “autocuidado”.

De acordo com Orem (1980), a pessoa é um ser funcional e integrado com o todo e capaz de realizar o autocuidado. Este modelo de enfermagem valoriza a responsabilidade do indivíduo com a saúde, enquanto reconhece que prevenção e educação para a saúde são aspetos importantes nas intervenções de enfermagem. Para Orem (1980), a enfermagem é necessária sempre que o cliente não consiga garantir os requisitos de autocuidado, ou seja, sempre que haja défice de autocuidado. O doente transplantado passa a ter desde logo um grande dever no que diz respeito ao autocuidado. De referir que a capacitação para o autocuidado deve ser promovida desde o pré transplante. A sua realização é fundamental para a manutenção de vida e seu bem-estar. Orientar a pessoa para o autocuidado no pós-transplante, de forma a prevenir complicações que possam trazer problemas mínimos ou até mesmo falência do enxerto, implica muito mais do que simples orientações técnicas, implica conhecer bem a pessoa. Orem (1980), refere que esse conhecimento advém da observação direta e controlada durante o contato e comunicação com o utente. Segundo a autora, conhecer o utente implica uma visão global e holística.

A teoria geral de Orem engloba a teoria do autocuidado, a teoria do deficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Segundo Orem (1980), estes

sistemas permitem delinear os papéis da enfermeira e do utente e delinear os modos de assistência, podendo o utente utilizar um ou mais dos três tipos de sistemas em simultâneo.

Para Orem (1980), o autocuidado é a prática de atividade que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como objetivo, realizar ações que contribuam de maneira específica, para a integridade, as funções e o desenvolvimento humano. Esses objetivos são demonstrados através de ações denominadas requisitos de autocuidado.

Na **teoria do autocuidado**, a autora define autocuidado como sendo, a capacidade que o individuo tem de cuidar de si próprio, a todos os níveis, para manter assim a vida, a saúde e o bem-estar. Orem (1980), apresenta nesta teoria três categorias de requisitos de autocuidado, sendo eles: Requisitos universais, requisitos desenvolvimento e requisitos de desvio de saúde (terapêutica). O requisito de desvio de saúde é necessário em condições de doença, ferimento, moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Para Orem (1980), existem oito necessidades universais de auto cuidado: ingestão de ar, de água e de alimento suficientes, funções de eliminação satisfatórias, momentos de atividades ponderadas com descanso, tempo gasto consigo próprio e com outros, prevenção do perigo contra o eu e ser normal.

A **teoria do deficit de autocuidado**, constitui para Orem a essência da teoria geral da enfermagem. Esta teoria explica no seu desenvolvimento, as condições que exigem cuidados de enfermagem.

A **teoria dos sistemas de enfermagem** refere que o sistema de enfermagem planeado pelo profissional é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do utente para a realização das atividades de autocuidado. Apresentando assim, três classificações de sistemas de enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do doente, sendo eles: sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório e o sistema de suporte e educação.

Num estudo realizado (Figueiredo, Kroth & Lopes, 2005), sobre autocuidado foi concluído que o autocuidado é possível de ser ensinado praticamente a todos os pacientes urémicos. A experiência com educação para o autocuidado foi gratificante. O fato de vivenciarem os progressos dos doentes desde a dependência total

decorrente do déficit de conhecimento até ao autocuidado acompanhado da descrição do mesmo, continua a ser um dos prazeres da profissão, o de educar.

1.4 As competências do enfermeiro especialista

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista seja qual for a área de especialidade, estabelece um referencial de competências comuns que são aplicáveis em ambientes de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Salienta a educação para a saúde ao cliente e seus pares, a orientação e aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e participar na investigação para uma prática baseada na evidência (OE, 2010).

Segundo a OE (2010) e o regulamento nº122/2011 publicado no Diário da República nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, o enfermeiro especialista é detentor de um conhecimento aprofundado numa área específica de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e os problemas de saúde, que apresentam níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas num determinado campo de intervenção. Estes desenvolvem as suas competências em quatro domínios de competência principais: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua de qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Segundo a European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA, 2000), o enfermeiro especialista na área de nefrologia é aquele que possui conhecimentos suficientes para a prestação de cuidados de saúde em indivíduos com insuficiência renal, independentemente da etapa que se encontre no seu processo terapêutico. Segundo as orientações europeias para a prática de enfermagem em nefrologia adotadas pela EDTNA/ECA (2007), o enfermeiro de nefrologia deve assistir o doente e sua família na adaptação à DRCT, tendo como meta a capacitação para o autocuidado, ajudando-o a atingir o nível de bem-estar e independência.

No que diz respeito às competências do enfermeiro, Benner (2001) centra os domínios de competências em enfermagem na realização de ajuda, educação e suporte, na função de diagnóstico e monitorização de intervenção e protocolos terapêuticos, qualidade dos cuidados de saúde e nas competências organizacionais e de trabalho.

Um profissional bem atualizado, através de pesquisa e reflexão, pode melhorar a olhos vistos as suas competências enquanto profissional de saúde. Sendo uma teórica norteadora para aquisição de competências, esta preconiza a existência de 5 níveis de competência: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS E DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O estágio curricular decorreu entre duas unidades hospitalares da Região Centro e Sul, um deles no distrito de Lisboa e outro no distrito de Setúbal, num total de 500 horas. O primeiro estágio ocorreu entre setembro e novembro de 2017 (durante 6 semanas e num total de 200 horas); o segundo e terceiro estágios ocorreram em novembro, (duração de 4 semanas e 50 horas); o quarto e último estágio, realizado entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018 (duração de 200 horas), permitiu a realização do trabalho de investigação.

De seguida, descrevo as atividades desenvolvidas nos vários ensinamentos clínicos (EC).

2.1 Serviço de hemodiálise

A hemodiálise é uma área da enfermagem em nefrologia que continua a ser vista como grande interesse e desenvolvimento. Os profissionais de saúde lutam constantemente para promover a excelência nos cuidados que prestam, assim como promover a prática baseada na evidência (Thomas, 2005).

Objetivos propostos para o EC de hemodiálise:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados aos doentes em programa de HD.
- Desenvolver autoconhecimento e assertividade.

Para a realização dos objetivos anteriormente mencionados, foram delineadas as seguintes atividades:

- Definir o conceito de HD;
- Descrever o processo de diálise (HD);
- Identificar complicações das sessões de HD;
- Prestar cuidados a pelo menos 5 doentes em HD;
- Realizar 5 técnicas de HD;
- Prevenir complicações associadas às sessões de HD;
- Caracterizar os diferentes tipos de acessos para HD;
- Caracterizar as complicações dos acessos para HD;

- Descrever os riscos dos acessos para HD;
- Fundamentar os critérios de adaptação no tratamento por HD.

No serviço de hemodiálise, refiro inicialmente as atividades desenvolvidas ao longo de 2016, sequência dos dados recolhidos a partir do programa informático *Sclinic* e dos documentos de registo diário de atividades de enfermagem em sala de HD.

O hospital de dia de hemodiálise dispõe de um programa de doentes crónicos em ambulatório de cerca de 56 doentes, verificando-se uma ocupação média geralmente superior ao estimado. Com uma capacidade máxima instalada nas duas salas para realizar 14040 sessões de HD num ano (12168 + 1872 [HBs]). Efetivamente o planeamento do tratamento dos doentes não internados no serviço tem de contar com os doentes agudos e crónicos internados em unidades extra-hospitalares da área de influência do hospital. São cerca de 480 doentes divididos por três centros, além das situações de urgência e/ou especialidades da península de Setúbal, pois este é o hospital de referência dessa área, assegurando ainda o atendimento urgente (regime de prevenção) a todos os doentes na área de influencia de um outro hospital, fora dos horários de funcionamento do serviço de nefrologia. O serviço atende ainda doentes internados em unidades de cuidados intensivos/intermédios, com prescrição da técnica dialítica, que realizam HD na sua unidade de internamento. Assim, os enfermeiros do serviço de HD deslocam-se a esses serviços, com equipamentos “portáteis” adequados, para assegurar o tratamento dialítico.

Outras atividades são desenvolvidas neste hospital dia para além das sessões de HD, como prestação de cuidados a doentes seguidos na consulta externa de nefrologia (colheita de análises urgentes/rotina, administração de terapêutica, realização de pensos, avaliação de acessos, ensinios) e a doentes de unidades da área de influência deste hospital, como colocação/substituição de cateteres de hemodiálise (figura 2), onde tive a oportunidade de conhecer toda a técnica e material necessário à realização do mesmo (figura 2a), administração de fibrinólise nos cateteres com mau funcionamento. Neste caso em concreto, é utilizado o ACTILYSE ® *alteplase* que estimula a dissolução de coágulos, restaurando o fluxo de sangue aos locais atingidos.

Neste serviço desenvolvi as seguintes atividades:

- Preencher as folhas de hemodiálise referentes a cada sessão e doente;
- Ligar e realizar a montagem das máquinas de hemodiálise *FRESENIUS 5008*;
- Manipular assepticamente cateteres de HD provisórios e permanentes (figura 3);
- Puncionar acessos vasculares para HD – FAV (figura 3a) e próteses (figura 3b);
- Ligar doentes para realização de HD;
- Realizar colheitas de sangue (bioquímica, hematologia séricas), hemoculturas;
- Administrar componentes sanguíneos e derivados, seguindo sempre o protocolo da instituição em causa. É fundamental que o enfermeiro de nefrologia compreenda a importância da necessidade rigorosa das colheitas sanguíneas no pré e pós diálise;
- Administrar fibrinólise nos cateteres com mau funcionamento;
- Deslocação do serviço, para realizar hemodiálise nos serviços de unidade de cuidados intermédios de medicina e unidade intermédia de cardiologia, especificamente a doentes com insuficiência renal aguda;
- Assistir a angiografias dos vários acessos, assim como substituição de cateteres provisórios para permanente.

Neste Ensino Clínico (EC), tive a possibilidade de ligar e realizar toda a montagem das máquinas de hemodiálise *FRESENIUS 5008*, assim como perceber a dinâmica das mesmas. Inicialmente, senti dificuldade na manipulação/montagem do sistema extracorporeal, mas desenvolvi essa capacidade com a prática.

A máquina de HD é apenas um monitor que assegura uma administração segura da diálise ao doente. Os melhores equipamentos oferecem sistemas bastante sofisticados, que permitem à equipa de enfermagem administrar uma variada série de opções de tratamento (Thomas, 2005, p.203).

Uma das minhas maiores preocupações, foi compreender todos os componentes para a realização da hemodiálise. Os principais componentes de eletrólitos da diálise são: sódio, potássio, cálcio, magnésio, bicarbonato e a glicose (Lerma, Berns, & Nissenson, 2009, p.439). O processo de diálise depende dos princípios fisiológicos de difusão e ultrafiltração. Para se conseguir assimilar os benefícios e limitações desta terapia de substituição renal existe a necessidade de entender os princípios fisiológicos de difusão e ultrafiltração (Thomas, 2005, pg.185).

Apesar da formação teórica, houve a necessidade de pesquisar durante este estágio, para melhor entender os princípios fisiológicos e assim manipular com mais segurança as máquinas de hemodiálise.

Uma hemodiálise eficaz depende de um bom fluxo de sangue, tendo a enfermeira a responsabilidade de assegurar que o fluxo de sangue prescrito é alcançado (Thomas, 2005, p. 187). Esta autora refere também que existem diversos tipos de acessos para a realização de HD, sendo estes divididos em duas categorias:

- Acessos percutâneos, incluindo cateteres jugulares, subclávios e femorais, que podem ser temporários ou permanentes;
- Fístulas arteriovenosas (FAV) e enxertos arteriovenosos.

Figura 2. Colocação de cateteres de hemodiálise duplo lúmen



Figura 2a. Material para colocação de cateter de hemodiálise



Figura 3. Cateter de diálise duplo lúmen

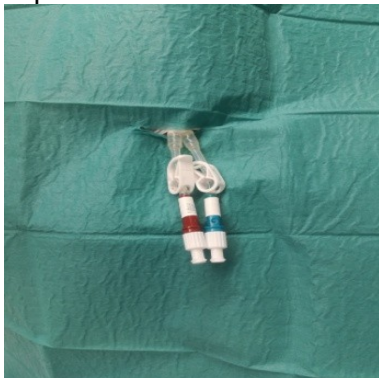


Figura 3a. Fístula arteriovenosa

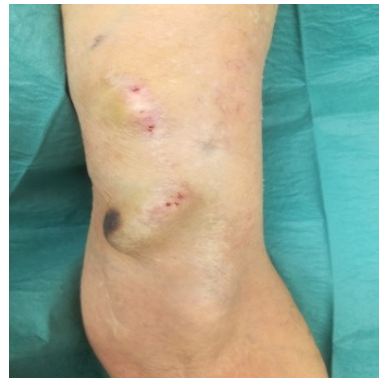


Figura 3b. Prótese vascular



De acordo com Lerma, Berns, & Nissenson (2009), todos os acessos devem ser examinados com regularidade para detetar possíveis estenoses.

Saliento que neste serviço de HD existe uma base de dados de registos dos mesmos, elaborada por um enfermeiro, no decorrer do seu mestrado em nefrologia. As complicações mais conhecidas, na realização de HD são: Hipotensão, Náuseas e vómitos, câibras, arritmias, reação à membrana, embolia gasosa, hemólise, coagulação das vias de sangue, fuga de sangue e o desequilíbrio (Thomas, 2005). Ao longo do estágio verifiquei a maior prevalência da hipotensão.

2.2 O serviço de dialise peritoneal

A DP é uma técnica relativamente fácil e muito eficaz. Por esse motivo, tem vindo a ser cada vez mais desenvolvida e primeira opção de escolha em diálise domiciliária. Sabe-se atualmente que a DP é de excelente eficácia quando é utilizada como tratamento contínuo, quer pelo doente ao longo do dia (diálise contínua ambulatoria DPCA) ou com cicladoras, normalmente durante a noite (diálise peritoneal automatizada, DPA) (Thomas, 2005, p. 225).

O objetivo deste EC foi desenvolver competências no domínio da DP, nomeadamente nas competências técnicas e científicas.

Objetivos para o EC de diálise peritoneal:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados aos doentes em programa de DP.
- Desenvolver autoconhecimento e assertividade.

Para a realização destes objetivos foram delineadas as seguintes atividades:

- Descrever os procedimentos na técnica de DP;
- Fundamentar o processo de DP;
- Fundamentar as complicações da DP;
- Colaborar e sessões da técnica de DP;
- Resolver situações de complicações de DP;
- Desenvolver pelo menos dois ensinamentos da técnica de DP.

A orientação dada pela enfermeira orientadora foi fundamental, para relacionar os ensinamentos teóricos com a prática, tendo desenvolvido um conjunto de atividades, que me permitiram ampliar as minhas competências na área de DP.

A equipa é composta por duas enfermeiras, que também são responsáveis pela consulta pós-transplante renal. O espaço físico é composto por duas salas, que são

dividias por um cortinado, não existindo privacidade entre doentes, o que é uma lacuna a ser corrigida neste serviço.

Após o doente decidir pela terapia da DP, é realizada uma avaliação sobre: destreza cognitiva (necessidade de balanços hídricos e detetar possíveis complicações); motivação para o autocuidado; e habilidade manual para realizar o procedimento. Depois dessa avaliação a equipa de enfermagem agenda o ensino, com a duração e a periodicidade dependendo da capacidade de cada doente. Para este ensino são utilizados aventais (imitação da barriga) para a simulação das trocas de bolsas (dialisante). Normalmente os ensinos são realizados na companhia de um familiar, tendo verificado a predominância do cônjuge.

Neste serviço desenvolvi as seguintes atividades:

- Colaboração nas consultas pós-transplante renal;
- Colheitas de sangue;
- Ensinos sobre balanço hídrico;
- Colaboração nas consultas de enfermagem de DP, nomeadamente, realização de ensinos nas modalidades manual (DPCA) e automatizada (DPA), tendo realizado juntamente com o utente os diversos ciclos de trocas de dialisante na cavidade peritoneal;
- Realização de ensinos sobre substituição de prolongamentos, sobre o cateter de *Tenckhoff* e sobre pensos do cateter de DP;
- Leitura e fornecimento de leitura aos utentes sobre DP;
- Teste de equilíbrio peritoneal (TEP);
- Consultas de esclarecimento/opção de TSFR;
- Observação de Ecografias renais e biopsias renais.

A partir do diagnóstico de DRC, o doente e família têm que aprender a viver com a doença, as suas mobilidades e o tratamento. Das várias TSFR atualmente disponíveis, a DP é a que carece de maior envolvimento do doente e família, que não só têm de adaptar a sua vida à doença, mas também realizar a técnica no domicílio com autonomia. A exigência de autocuidado na DP, varia de acordo com os requisitos de autocuidado e tem como principal objetivo a prevenção terciária, a prevenção de complicações relacionadas com a DP (Orem, 1980, p. 52).

Neste EC gostaria de salientar o papel fundamental que o enfermeiro tem junto do utente, para que o mesmo possa ser autónomo no seu autocuidado. Realço a

importância que é dada por toda a equipa para os cuidados de higiene e para a assepsia na realização das trocas do dialisante. Todo este trabalho em equipa tem como principal objetivo a motivação e ensino para a realização segura da técnica e o conforto do utente.

Na DPCA, o dialisante é manualmente infundido na cavidade peritoneal durante o dia, e trocado três a cinco vezes por dia. A drenagem do dialisante é realizada manualmente com o auxílio da gravidade para drenar o fluido para fora do abdómen. Na DPA, as trocas são realizadas de forma automatizada, geralmente à noite. O utente permanece ligado a um sistema automático (cicladora), que executa uma série de ciclos de troca, enquanto o doente dorme (Harrison's, 2013, p. 146). Uma dificuldade que senti foi o ligar e perceber todo o sistema da cicladora. Todos os ensinamentos da enfermagem, passam inicialmente pela DPCA e só após vários treinos, e os doentes serem considerados autónomos para realização do mesmo, se inicia o ensino da DPA.

Inicialmente, neste EC senti dificuldade em realizar o teste de equilíbrio peritoneal (TEP) que, de acordo com Tolkoff-Rubin e Goes (2005) se trata de um teste clínico, semi-quantitativo, usado para descrever as funções de transporte da membrana peritoneal. O mesmo autor faz menção à capacidade de condução da membrana peritoneal e classifica-a de alto transportador quando se atinge um rápido equilíbrio entre os solutos do plasma e do líquido dialisante e de baixo transportador quando o equilíbrio é atingido lentamente.

2.3 O internamento nefrologia

Aprofundar conhecimento acerca das diversas patologias da área de nefrologia, representa uma necessidade permanente e uma mais-valia para os enfermeiros na área de nefrologia.

Os objetivos para o EC de internamento de nefrologia foram:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados aos doentes com DRC e insuficiência renal aguda (IRA);
- Desenvolver autoconhecimento e assertividade.

Para a realização dos objetivos anteriormente mencionados, foram delineadas as seguintes atividades:

- Identificar e justificar as causas do DRC;
- Fundamentar o desenvolvimento da DRC e a sua evolução;
- Fundamentar as alterações analíticas e os sintomas associados à DRC;
- Fundamentar o tratamento do DRC nas suas diferentes etapas;
- Justificar o motivo do internamento da pessoa com DRC;
- Caracterizar as dificuldades de adaptação da pessoa com DRCT ao tratamento;
- Identificar problemas/diagnósticos de enfermagem do utente com DRC.

Durante este EC tive a oportunidade de rever algumas patologias na área de nefrologia. O internamento onde decorreu o EC, também recebia doentes de outras especialidades como gastroenterologia e reumatologia, possivelmente por falta de recursos de enfermagem em diversos serviços, incluindo este. Houve imensa dificuldade em ficar com doentes da área de nefrologia. Por esse motivo, considero que este estágio não foi tão proveitoso para a minha especialização quanto gostaria. De salientar também o fato de ter ficado com várias enfermeiras, não tendo uma orientação continua.

Neste serviço desenvolvi as seguintes atividades:

- Prestação de cuidados gerais e especializados aos doentes internados no serviço;
- Análise dos processos clínicos e relacionar as varias patologias;
- Identificação de problemas/diagnósticos de enfermagem em DRC.

2.4 A consulta de transplante renal

Como profissionais de saúde, os enfermeiros desempenham um papel único, eles têm o privilégio de estar em contacto próximo com o doente pré transplantado, recém-transplantado e transplantado a longo prazo, tendo um papel de ajuda nos desafios que os doentes se vêm obrigados a ultrapassar. O transplante é um tratamento, não uma cura (Terrill, 2002).

Os objetivos para o EC na consulta de transplante renal foram:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes nas fases de pré-transplante ou pós-transplante renal;

- Desenvolver autoconhecimento e assertividade.

Para a realização desses objetivos foram definidas as seguintes atividades:

- Fundamentar a escolha do tratamento, de acordo com as diretivas da DGS;
- Fundamentar os procedimentos de enfermagem nas consultas de transplante renal;
- Identificar problemas e intervenções de enfermagem na consulta de transplante renal;
- Identificar problemas e intervenções de enfermagem relativas à má adesão ao tratamento – transplante renal;
- Realização do estudo sobre *Dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal*.

O enfermeiro de nefrologia deve gerir os cuidados para atender às necessidades, para aumentar a independência e qualidade de vida do doente (Gomez, 2011).

Durante este EC tive a oportunidade de colaborar com a equipa de enfermagem na realização das consultas de pré e pós-transplante, nas quais se faz apreciação preliminar dos recetores e toda a sua preparação para a realidade que vão encontrar após o transplante. Toda a equipa trabalha de forma a estabelecer uma relação próxima com os doentes transplantados. Os candidatos a transplante são esclarecidos sobre diversos temas relacionados com o transplante: vantagens e riscos do TR; tipo de dadores; gestão do estado de saúde; chamada telefónica aquando do transplante; internamento; período imediato após o transplante; isolamento; imunossuppressores; visitas; alimentação; possíveis complicações após o TR; cuidados a ter no domicílio ou vacinas.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), define consulta de enfermagem como intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (portaria n.º 306/A/2011).

A adesão terapêutica continua a ser vista como um problema de saúde pública, continuando a ser investigada. Cabral (2010) identifica dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica, as intervenções educacionais e comportamentais. As intervenções educacionais, promovem o conhecimento acerca

de medicação e/ou doença, com linguagem clara e objetiva, de acordo com o nível cultural e cognitivo do doente e de fácil memorização. As intervenções comportamentais visam incorporar na prática diária os mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no tratamento, fornecer, memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria de adesão à medicação.

Neste serviço desenvolvi as seguintes atividades:

- Caracterização do serviço;
- Estudo dos protocolos do serviço;
- Colaboração na realização de consultas de pré-transplante renal;
- Colaboração na realização de consultas de pós-transplante (primeira e seguintes);
- Colaboração na realização de consultas de urgência a doentes transplantados.
- Realização do estudo sobre *Dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal.*

3. ESTUDO SOBRE “DIFICULDADES, ESTRATÉGIAS E FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTÃO DO TRATAMENTO EM DOENTES SUJEITOS A TRANSPLANTE RENAL”

O transplante renal é visto como um grande avanço da medicina moderna, que proporciona anos de vida com qualidade aos doentes renais crônicos estágio V (Garcia, Harden & Chapman, 2012).

Apesar da crescente atenção prestada ao doente transplantado ainda existem muitas questões por resolver. Segundo a EDTNA/ERCA (2000), o enfermeiro especialista na área de Nefrologia é aquele que possui conhecimentos suficientes para a prestação de cuidados de saúde em indivíduos com insuficiência renal, independentemente da etapa que se encontre no seu processo terapêutico.

Desta forma, o objetivo deste trabalho de investigação, é descrever e analisar as vivências da pessoa transplantada renal acerca da gestão do regime terapêutico, designadamente as dificuldades relacionadas com o tratamento, as medidas que adotam para as ultrapassar e os fatores facilitadores e dificultadores dessa gestão. Espera-se assim compreender melhor o cliente, respeitando os seus valores, de forma a planear intervenções de enfermagem de qualidade.

Assim, este estudo pretende responder à questão: *“Quais as dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal?”*

3.1 Tipo de estudo

A escolha da metodologia qualitativa justifica-se pela necessidade de descrever e analisar as vivências subjetivas dos clientes. O objetivo das investigações qualitativas é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência (Fortin, Côté & Fillion, 2006, p. 32).

O paradigma qualitativo permite identificar e aprofundar a compreensão das dificuldades percebidas pelas pessoas submetidas a transplante renal e de que forma as conseguiram ultrapassar. Deste modo, o estudo pode contribuir para planear intervenções de enfermagem, para a formação profissional e para uma intervenção mais personalizada e de qualidade.

3.2 População e informantes

A população definida para este estudo, foram adultos maiores e 18 anos com doença renal crónica submetidos a transplante renal (dador cadáver) há menos de um ano, inscritos na consulta de transplante renal de uma unidade hospitalar da região de Lisboa. Foram definidos como critérios de exclusão:

- Pessoas que não aceitassem participarem voluntariamente no estudo;
- Pessoas com história de doença mental;

A amostra intencional incluiu 8 informantes, submetidos a transplante renal (dador cadáver) há menos de um ano, inscritos na consulta de transplantação renal de uma unidade hospitalar da região de Lisboa, foram selecionados os sujeitos sem história de doença mental e que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

A opção por excluir transplantados de dador vivo deve-se à necessidade de controlar variáveis como o impacto na gestão do tratamento, pelo facto da pessoa transplantada conhecer o dador.

3.3 Instrumento de colheita de dados

Para a realização do estudo foi construído um guião de entrevista (Apêndice I).

O guião mereceu a aprovação de especialistas de enfermagem nefrológica, alguns com experiência na área de investigação.

O guião de entrevista semiestruturada inclui três questões abertas que permitiram analisar as questões a investigar. Isso não impediu de acrescentar outras questões, mas sempre com o objetivo de esclarecer e detalhar o conteúdo da mensagem do informante (Pope & Mays, 2000, p.12).

3.4 Procedimentos

3.4.1 Processo de seleção dos informantes

Para este estudo optamos por uma amostra intencional. Para o efeito foram selecionados informantes que revelassem capacidade de reflexão sobre o tema abordado. Com a colaboração da enfermeira orientadora de estágio, foram previamente elencados todos os clientes inscritos na consulta de TR que

respeitassem os critérios de inclusão. Depois foram apurados todos clientes com capacidade de refletir sobre o tema. Finalmente só foram selecionados os oito informantes que aceitaram colaborar no estudo.

3.4.2 Questões éticas

A investigação levanta o problema da responsabilidade do investigador, no que respeita à proteção dos direitos da pessoa (Fortin, Coté & Fillion, 2006, p. 202). Este estudo, mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar onde foi realizado (Anexo I). Para obtenção desse parecer, foi também necessária a autorização do diretor clínico e da enfermeira chefe do serviço em questão, os quais receberam informação dos objetivos e metodologias do estudo. Os documentos encontram-se disponíveis para consulta. Foram tomadas todas as precauções no planeamento e execução do estudo, assegurando que não haver qualquer prejuízo para os informantes ao colaborarem neste estudo. Pretendeu-se antes, uma melhor compreensão das dificuldades dos doentes e das estratégias implementadas para as enfrentar. Desta forma podem contribuir para um melhor conhecimento e podem beneficiar de cuidados de enfermagem com mais qualidade. O tema do estudo não constituiu um assunto tabu, nem implicou invasão da intimidade dos informantes. Pelo contrário, ajusta-se às preocupações diárias dos doentes transplantados, bem como das equipas multidisciplinares de saúde, para os quais muitos gostariam de encontrar soluções alternativas.

As entrevistas foram realizadas pela autora do estudo, que não conhecia nem prestava cuidados diretos aos informantes, não colocando assim qualquer constrangimento para os informantes descreverem as suas experiências enquanto transplantados. Os achados e as conclusões do estudo não permitirão identificar os informantes, nem a instituição de saúde envolvida, garantido assim o anonimato das entidades envolvidas.

3.4.3 Pedido de colaboração/esclarecimento sobre o estudo

Para que o consentimento seja livre e esclarecido, os participantes devem conhecer o objetivo do estudo, os riscos e vantagens, e ser formalmente informados que a qualquer momento podem desistir de participar na investigação (Fortin, Coté &

Filion, 2006, p. 202). As entrevistas foram realizadas após obtenção do consentimento escrito (Apêndice II) assinado pelos informantes selecionados para o estudo, o qual foi solicitado mediante o pedido de colaboração.

As entrevistas semiestruturadas decorreram entre fevereiro e março de 2018, num gabinete reservado para o efeito, assegurando a tranquilidade e privacidade dos informantes e tiveram uma duração de cerca de 25 minutos. As entrevistas tiveram como objetivo: (a) identificar as dificuldades encontradas para seguir o tratamento relacionado com o transplante renal; (b) descrever as medidas utilizadas para lidarem com as dificuldades mencionadas anteriormente; (c) descrever as condições e/ou fatores que facilitam ou dificultam a realização do tratamento após o seu transplante renal. Para o efeito, foram colocadas as questões presentes no guião da entrevista (Apêndice I).

3.5 Análise de dados

As entrevistas foram sujeitas a gravação áudio, com prévia autorização dos informantes e foi efetuada a respetiva transcrição. A transcrição das entrevistas constituiu o corpus de análise, que foi sujeito a análise temática de conteúdo, de cada uma das entrevistas, seguindo a metodologia descrita por Bardin (2009). As cópias das transcrições das entrevistas, serão arquivadas e poderão ser solicitadas para a análise de informação.

Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um misto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

3.6 Apresentação e discussão dos dados

3.6.1 Caracterização dos informantes

Os 8 informantes do estudo tinham idades compreendidas entre os 45 anos e 64 anos de idade, sendo cinco deles do sexo feminino e três do sexo masculino. Da análise temática de conteúdo resultaram os cinco seguintes temas: dificuldades para gerir o tratamento relacionado com o transplante renal; medidas para gerir as

dificuldades na gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal; fatores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal (estes fatores podem ser considerados em duas grandes categorias: fatores facilitadores da gestão e fatores dificultadores da gestão), e por último, perceção dos doentes sobre as dificuldades para seguir o tratamento relacionado com o transplante renal. Os primeiros quatro temas foram delineados durante o projeto e faziam parte da entrevista, o quinto e último tema apareceu após a análise de conteúdo, que descreve a perceção das pessoas após o transplante renal.

3.6.2 Tema 1: Dificuldades para seguir o tratamento relacionado com o transplante renal

Considerámos dificuldades como um problema ou situação que preocupasse o doente e causasse esforço para prosseguir o tratamento relacionado com o transplante renal. Este tema descreve as dificuldades mencionadas pelos utentes no decorrer das entrevistas, expostas no quadro 1.

Quadro 1- Dificuldades para seguir o tratamento relacionado com o transplante renal

Categorias	Nº de informantes
Infeção Urinária	3
Toma da medicação	3
Dor/desconforto na fossa ilíaca	2
Dieta	2
Exposição solar	2
Risco de infeção	2
Administração de antibiótico	1
Complicações após o transplante	1
Efeitos colaterais dos imunossuppressores	1
Informação dada pelos profissionais de saúde de forma diferente	1
Internamento	1
Limitação no posicionamento durante o sono	1
Parestesia na área intervencionada	1

As dificuldades maioritariamente referidas foram: Infeção urinaria (3 informantes); a toma de medicação (3); Dor/desconforto na fossa ilíaca (2); Dieta (2); Exposição solar (2) e Risco de infeção (2).

Seguidamente destacam-se as várias subcategorias (dificuldades), e algumas unidades de registo. O Apêndice III disponibiliza todas as unidades de registo mencionadas pelos informantes.

A dificuldade **“Infeção urinária”** foi referida por 3 informantes. A Infeção do trato urinário (ITU) é um dos principais riscos presentes nas primeiras semanas após o transplante renal, influenciando diretamente os índices de morbilidade e mortalidade nesta população (Muniz, et al, 2017). As unidades de registo que se seguem ilustram esta dificuldade: *“Ao fim de 3 meses, todos os meses venho cá parar, desde o mês do natal, o outro mês a seguir e est e, com infeções urinarias”* (E2); *“(…) tem sido mais difícil é a problemática das infeções urinárias”* (E7); *“(…) a única dificuldade que senti e estou a fazer terapêutica para isso e isso acho que foi logo desde o início”* (E8).

A dificuldade **“Toma da medicação”** foi mencionada nas entrevistas por 3 informantes, manifestando desconforto com a quantidade e/ou horários da medicação. Os seguintes depoimentos traduzem esse desagrado: *“(…) que é muito comprimido que a gente anda a tomar”* (E2); *“(…) conseguir decorar a medicação, porque é muita medicação”* (E5); *“O acerto da medicação e não sei o quê, mas controlou-se e já esta tudo bem.”* (E6).

A dificuldade **“Dor/desconforto na fossa ilíaca”**, localizada à direita, com presença de edema e limitação de movimentos, foi identificada no discurso por 2 informantes, revelando desconforto e dor em relação a certos posicionamentos. As seguintes afirmações relatam essa dificuldade: *“(…) de vez em quando sentia uma pressão na parte operada”* (E1); *“(…) em relação à parte da ligeira dor ou desconforto”* (E1); *“Depois apareceu-me uma dorzinha”* (E6).

A dificuldade **“Dieta”**, surgiu do relato de 2 informantes. Para a conservação do órgão transplantado, os cuidados com a alimentação são importantes, tendo em conta que uma dieta que não cumpre as diretrizes para o consumo de sódio pode comprometer o tratamento. Os benefícios da baixa ingestão de sódio estão relacionados com a preservação da função renal. As limitações alimentares, embora algumas por um curto espaço de tempo, limitam determinados convívios com a família e amigos. Foram registadas as seguintes afirmações: *“Pronto só senti [dificuldade] na comida”* (E2); *“Tenho de ter cuidado com a alimentação”* (E5); *“(…) estou com problemas de obesidade e fígado também”* (E5).

A dificuldade **“Exposição solar”**, foi encontrada no discurso de 2 informantes. Evitar a exposição solar, justifica-se pelo risco de desenvolver melanoma após o TR

devido à medicação imunossupressora. Existem outros fatores de risco, mas cabe à equipa multidisciplinar alertar os doentes transplantados para os possíveis riscos. Eis a duas frases: “(...) *temos que ter muito cuidado com a praia por causa do sol*” (E2); “(...) *apanhar sol, mas devo ter cuidados que todas as pessoas devem ter*” (E7).

A dificuldade “**Risco de infeção**”, reportada por 2 informantes, é um dos riscos mais graves após o TR. O doente transplantado passa a estar dependente do uso contínuo de imunossupressores, pelo que está mais exposto a possíveis infeções. Esta dificuldade foi relatada através das seguintes frases: “*Tive dificuldade por causa de usar a máscara por causa dos óculos; apanhei a parte do verão, embaciava-me muito os óculos.*” (E6); “(...) *dificuldades no período de inverno para sair de casa, por causa das constipações*” (E7).

A dificuldade “**Limitação no posicionamento durante o sono**”, surgiu do relato de um informante. Esta dificuldade resulta do medo que o doente tem nos primeiros dias após a cirurgia, muitas da vezes em relação à sutura. O seguinte depoimento relata a dificuldade referida: “(...) *não dormir para aquele lado*” (E1).

A dificuldade “**Parestesia na área intervencionada**” também referida por um informante apenas. A frase seguinte descreve: “(...) *uma ou outra parestesia na zona*” (E1).

A dificuldade “**Administração de antibiótico**” emergiu da entrevista de um informante. Esta dificuldade é referida devido à administração de antibiótico para tratamento da infeção do trato urinário. Foi registada a seguinte afirmação: “(...) *leve antibiótico*” (E2).

A dificuldade “**internamento**” foi mencionada por um informante e constitui uma limitação da liberdade da pessoa e privação do contacto com a família. O doente após o TR passa a ter sensação de liberdade, e o facto de voltar ao internamento traz recordações das idas às clínicas de HD, sendo um peso na vida deles. Eis a citação do entrevistado: “(...) *quando fico internada*” (E2); “*Como é longe, eles têm pouco transporte [família].*” (E2).

A dificuldade “**Efeitos colaterais dos imunossupressores**” foi registada em um informante. Os doentes transplantados aderem a um esquema medicamentoso rígido. Os imunossupressores visam evitar a rejeição do enxerto. Contudo, surgem efeitos colaterais que interferem com os aspetos físicos e psicológicos dos doentes. Por este motivo, é evidente na orientação pós-transplante, mencionar a importância do uso contínuo para a sobrevivência do enxerto. O informante descreve da seguinte

forma: *“As dificuldades que encontrei, foi a medicação, ainda hoje estou a adaptar-me aos imunossupressores, não é dificuldade ao tomá-los, é o organismo, desde que fui transplantada que tenho diarreias”* (E3); *“(...) já me mudaram umas três vezes os imunossupressores, já estou a fazer um de há 30 anos atrás”* (E3).

A dificuldade **“Complicações após o transplante”**, sendo o risco de rejeição aguda o mais predominante. A sintomatologia é variável, e inclui: hipertermia; hipertensão arterial sistémica; disfunção renal; aumento de peso; diminuição do débito urinário; local do enxerto doloroso e edemaciado; presença de edema nos maléolos; sintomas gripais e aumento dos valores de creatinina sérica. Um doente transplantado nunca irá querer ouvir esta afirmação. Este fato foi identificado no estudo com fonte de preocupação por um entrevistado: *“Fui transplantada, correu tudo bem, no dia 29 de janeiro foi o caos, comecei a andar muito cansada, deixei de comer praticamente, água bebia muito pouca.”* (E3); *“(...) eu estava já incapaz de fazer alguma coisa, só estava bem era deitada, não tinha força, vinha aqui constantemente à consulta de 3 em 3 dias, elas diziam que as análises estavam boas e não me queriam internar, até que no passado dia 20 fiquei internada, desceu o cálcio, desceu o potássio, foi o caos.”* (E3).

A dificuldade **“Informação dada pelos profissionais de saúde de forma diferente”** esta dificuldade transmitida em relação ao tempo de permanência no internamento, logo após o transplante, surgiu de um só informante apenas. O doente transplantado necessita de interiorizar uma grande quantidade de informação, tendo a equipa multidisciplinar a responsabilidade de ajudar nesse sentido. Este relato foi obtido através da seguinte afirmação: *“(...) vem uma enfermeira e explica de uma maneira e vem outra e explica de outra maneira e a pessoa já está baralhada, deveriam falar todas a mesma linguagem”* (E5); *“(...) a explicação de uns e outros era completamente diferente e eu como já na altura achava que a minha cabeça já não tinha paciência nenhuma”* (E5).

3.6.3 Tema 2: Medidas/Estratégias para gerir as dificuldades na gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal

Este tema explora a forma como os doentes transplantados conseguiram contornar as dificuldades relacionadas com o tratamento. De seguida serão apresentadas as estratégias relativas às principais dificuldades. A codificação dos resultados completa encontra-se disponível (Apêndice III).

O quadro 2 ilustra as estratégias para enfrentar a dor/desconforto na fossa ilíaca

Quadro 2- Estratégias para enfrentar a dor/desconforto na fossa ilíaca

Categorias	Nº de informantes
Ter cuidado com os posicionamentos	1
Pedir apoio à equipa de enfermagem	1

A estratégia **“Ter cuidado com os posicionamentos”**, esta medida reflete conhecimentos, provavelmente adquiridos junto da equipa de saúde e foi registada por um informante que tinha cuidado nas posições que utilizava para não sentir dor, tendo sido mencionando com as seguintes frases: *“(...) não estar muito tempo de pé”* (E1); *“(...) também não estar demasiadamente sentado”* (E1); *“(...) não me dobrar exageradamente para a frente para não fazer peso , portanto, fazendo isto superou a dor que tinha”* (E1).

A estratégia **“Pedir apoio à equipa de enfermagem”**, uma estratégia onde o doente faz uso dos recursos como a equipa de saúde, e confia na enfermeira. Tratando-se assim de uma estratégia de *coping* centrada na resolução de problemas. Esta estratégia foi também mencionada por um informante. A estratégia ajuda a esclarecer dúvidas, ficando o doente transplantado mais tranquilizado. É o se entende por esta frase: *“(...) mas perguntei à enfermeira e é normal a gente ficar com uma dorzinha.”* (E6).

O quadro 3 revela as estratégias para enfrentar parestesia na área intervencionada.

Quadro 3- Estratégias para enfrentar Parestesia na área intervencionada

Categorias	Nº de informantes
Tentar minimizar o problema	1

A estratégia **“tentar minimizar o problema”**, foi descrita por um informante e consiste numa estratégia adaptativa usada quando o doente transplantado considera que não consegue controlar o problema. É uma medida de *coping* centrada no controle emocional. É o que nos diz a afirmação: *“Em relação às parestesias, tento esquecer”* (E1).

O quadro 4 descreve as estratégias para enfrentar a infecção urinária.

Quadro 4- Estratégias para enfrentar a infecção urinária

Categorias	Nº de informantes
Reforço da higiene pessoal	1
Aderir à terapêutica	1

A estratégia **“Reforço na higiene pessoal”**, dando algum ênfase à educação para a saúde, permite ao indivíduo e sua família adquirirem conhecimentos e competências necessárias para a adoção de modos de vida saudáveis através dos ensinamentos realizados pela equipa de saúde. A estratégia foi identificada por um informante e consiste em demonstrar que o fato de ter uma boa higiene, pode facilitar o tratamento. Eis o registo: “(...) mas eu tenho muita higiene, e pronto, tenho um “alguidarinho” só para eu me lavar, até perguntei se é dos sabonetes, mas diz que não, que pode ser dos comprimidos” (E2).

A estratégia **“Aderir à terapêutica”**, referida por um informante, constitui uma medida que reflete acreditar ou confiar na prescrição da equipa de saúde. Esta medida é referida na seguinte frase: “(...) *estou a fazer terapêutica para isso e espero que passe*” (E8).

O quadro 5 descreve as estratégias para enfrentar a medicação.

Quadro 5- Estratégias para enfrentar a toma da medicação

Categorias	Nº de informantes
Registar a hora da toma e número de comprimidos	1
Criar rotina para a toma de medicação	1
Esforçar-se para cumprir a prescrição	1

A estratégia **“registar a hora da toma e número de comprimidos”**, reflete adesão ao tratamento e conhecimento, provavelmente adquirido junto da equipa de saúde, foi encontrada no discurso de um informante. Alguns doentes fazem-no como forma de lembrança, mas muitas das vezes para evitar o erro. Transcreve-se o registo: “(...) *ponho a hora, ponho quantos comprimidos tenho de tomar, e eu me oriento.*” (E2).

A estratégia **“Criar rotina para a toma de medicação”**, foi descrita por um informante. Os doentes transplantados sabem a importância da medicação, pelo

que, o máximo de cuidado é sempre importante. Eis a unidade de registo: “(...) tiro a medicação de manhã e depois confirmo antes de tomar.” (E3).

A estratégia “**Esforçar-se para cumprir a prescrição**”, mencionada por um informante, vem ao encontro das afirmações anteriores, dando uma grande importância à medicação estando sempre presente o medo de errar. É o que tiramos na unidade de registo: “Levantar-me de manhã e concentrar, foquei-me naquilo e tem que ser aquilo para atingir os bons objetivos, não me quero atrasar na medicação nem me esquecer” (E5).

O quadro 6 descreve as estratégias para enfrentar a dieta.

Quadro 6- Estratégias para enfrentar a dieta

Categorias	Nº de informantes
Evitar certos alimentos	2
Cumprir a dieta com rigor	1

A estratégia “**evitar certos alimentos**” foi apresentada por dois informantes. Os doentes transplantados são sujeitos a algumas restrições na alimentação, devendo considerar uma dieta equilibrada e moderada, evitando assim o aumento do peso; utilizar pouco sal e açúcar, pelo risco de HTA e DM derivado ao uso de imunossuppressores, comprometendo dessa forma o enxerto. No entanto a maioria destes doentes já vêm acostumados a cumprir restrições enquanto DRC. As seguintes afirmações ilustram esta estratégia: “Tive cuidado relativamente à alimentação que me estava prescrita” (E1); “(...) evitando totalmente algumas coisas e outras comendo moderadamente, portanto, fazendo as refeições mais vezes em menos quantidade, essa parte também foi superada” (E1); “(...) gosto da minha feijoada, mas pus lá de parte e como grelhados” (E5); “(...) estou a ter essa preocupação de diminuir a gordura.” (E5).

A estratégia “**cumprir a dieta com rigor**”, foi registada por um informante. Denota a intenção de aderir ao tratamento. Após o transplante é importante manter uma dieta saudável e equilibrada. Informação dada pela seguinte afirmação: “(...) temos que ter mais cuidado” (E2).

O quadro 7 descreve as estratégias para enfrentar a exposição solar

Quadro 7- Estratégias para enfrentar a exposição solar

Categorias	Nº de informantes
Procurar sombras	1
Não se expor nas horas com mais sol	1

A estratégia “**procurar sombras**”, revela integração de conhecimentos, provavelmente veiculados pela equipa de saúde, foi identificada por um informante. Os doentes transplantados não se devem expor nas horas de maior sol, devido ao risco aumentado de desenvolver melanoma, procurando assim locais à sombra. A frase seguinte expressa esta estratégia: “(...) o sitio para onde eu vou tem muitas árvores, e a praia fica desviada, sempre está calor, mas não apanho sol” (E2).

A estratégia “**Não se expor nas horas com mais sol**”, mencionada por um informante, vem ao encontro da estratégia anterior. É o que concluímos na seguinte afirmação: “(...) não estar exposto nas maiores horas de sol.” (E7).

O quadro 8 apresenta a estratégia usada para lidar com a terapêutica imunossupressora.

Quadro 8 - Estratégias para enfrentar efeitos colaterais dos imunossupressores

Categorias	Nº de informantes
Ajuste na medicação	1

O quadro 9 mostra a estratégia usada para lidar com a informação fornecida pelos agentes de saúde.

Quadro 9 - Estratégias para enfrentar a informação dada pelos profissionais de saúde de forma diferente

Categorias	Nº de informantes
Recorrer à especialidade	1

A estratégia “**recorrer à especialidade**” referida por um informante, demonstra a importância da especialização dos cuidados em enfermagem e articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, tendo a equipa uma formação mais direcionada para cada tema/problema, obtendo o doente uma maior confiança na equipa de saúde. Esta documentada na seguinte expressão: “ *Entretanto depois fui à APDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal e a enfermeira explicou-me tudo em 10 minutos.*” (E5)

O quadro 10 mostra as estratégias usadas para enfrentar o risco de infecção.

Quadro 10 - Estratégias para enfrentar risco de infecção

Categorias	Nº de informantes
Colocação da máscara	1
Sujeitar-se	1

A estratégia **“Colocar a máscara”** foi reportada por um informante. É um procedimento recomendado pela equipa de saúde a todos os doentes transplantados, principalmente nos primeiros meses após o transplante, o ensino é realizado de modo a que o doente transplantado esteja ciente que uso de equipamento de proteção individual é de extrema importância na proteção e controlo de infecção, devido ao fato de estarem mais suscetíveis de contrair infeções. As seguintes unidades de registo relatam isso: *“(…) punha a máscara, em casa não, mas às vezes quando ia la visitas, a minha irmã ou assim, punha.”* (E2); *“Agora com os meus filhos, tenho 2 filhos, e o meu marido já não punha. Quando ia assim à rua, assim um bocadinho punha. Andei três meses com a máscara e quando vinha aqui às consultas também punha a máscara e sempre estive bem.”* (E2); *“não apanhar frio”* (E2).

A estratégia **“sujeitar-se”**, descrita por um informante, está relacionada com o uso da máscara e o uso de óculos, revela a necessidade do doente se acomodar ao uso de máscara e de óculos, mesmo que a respiração os torne embaciados e cause incómodo. No entanto o doente sabe a importância de ambos e acomoda-se. Como descrito na seguinte afirmação: *“Em relação aos óculos, tinha que me sujeitar.”* (E6).

Verifica-se que a dificuldade **“toma de medicação”** foi a que mobilizou maior número de estratégias, refletindo a importância da toma de medicação após o TR, sobretudo dos imunossuppressores e a preocupação dos doentes em relação à falha do enxerto. A dificuldade **“infeção urinária”** é também umas das maiores preocupações referidas pelos informantes, pois são referidas duas estratégias. Em relação à dificuldade **“dieta”** são referidas 2 estratégias, uma delas utilizada por dois informantes. As figuras 4 e 5 mostram respetivamente as dificuldades e as estratégias identificadas pelos informantes.

Figura 4 – Tipos de dificuldades para gerir o tratamento em doentes sujeitos a transplante renal

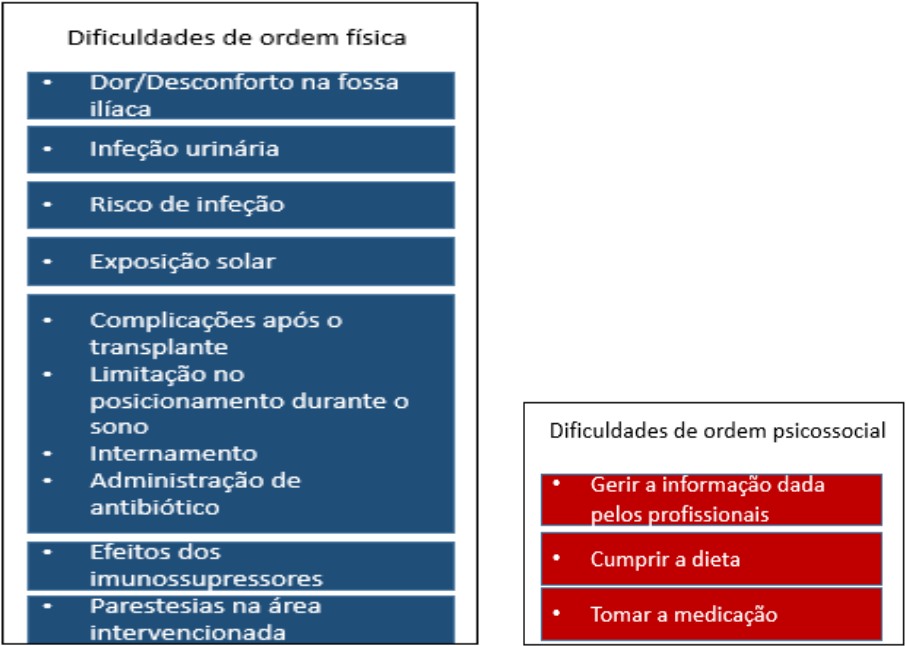
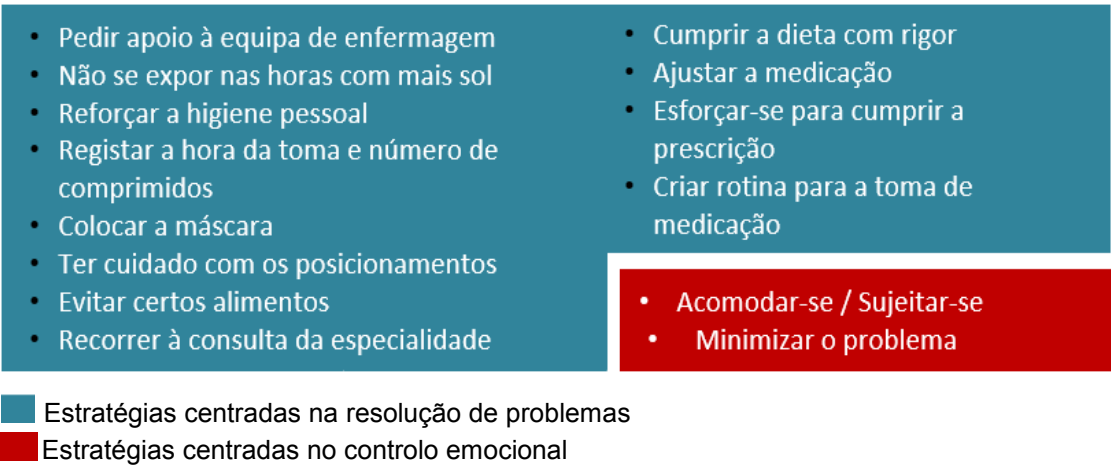


Figura 5 – Tipos de estratégias para gerir o tratamento em doentes sujeitos a transplante renal



3.6.4 Tema 3: Fatores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal

Este terceiro tema junta tanto os fatores facilitadores como os dificultadores durante todo o processo, e que de certa forma não dependem propriamente da vontade do doente. As unidades de registo podem ser consultadas no Apêndice III.

O quadro 11 apresenta os fatores facilitadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal.

Quadro 11 – Fatores facilitadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal

Categorias	Nº de informantes
Apoio e aconselhamento da equipa de saúde	7
Não fazer diálise	4
Acesso a suportes informativos (livros)	2
Apoio da família	2
Consulta de seguimento	2
Satisfação face ao transplante renal	2
Relação da equipa de saúde com o cliente	1
Linhas de apoio	1
Manter-se a mesma equipa de saúde	1
Manter as rotinas diárias	1
Estabilização da tensão arterial	1
Focar-se no sucesso	1
Ter qualidade de vida	1
Boa função renal do enxerto	1
Capacitação	1
Cumprir horários da medicação	1

O fator **“apoio e aconselhamento da equipa de saúde”**, foi descrito por sete informantes. Os participantes valorizam o tempo disponibilizado pela equipa multidisciplinar, designadamente os enfermeiros, assim como os ensinamentos e esclarecimento de dúvidas. Eis algumas frases: *“(…) a indicação que tinha dos médicos”* (E1); *“(…) indicação que tinha da enfermeira responsável”* (E1); *“(…) com indicações para em determinadas situações de ocorrência, entrar em contacto com o hospital”* (E1); *“(…) tive um problema com um dente, (…) entrei em contacto com o hospital um sábado onde estavam os médicos, foi-me dito o que poderia tomar”* (E1); *“(…) a doutora diz que não é normal estar a fazer infeções durante os 3 meses”* (E2); *“disse-me: “não tenha medo Carla que vai correr [a médica]”* (E2); *“Os ensinamentos da equipa de enfermagem facilitaram.”* (E3); *“(…) os enfermeiros, todas as noites iam ter connosco”* *“(…) perguntavam-nos, se a gente tivesse algum problema com o rim quais eram os sintomas, na exposição ao sol, o que tínhamos que fazer”* (E4); *“Também se tivermos dúvidas esclarecemos com os enfermeiros, e isso ajuda muito.”* (E4); *“Eles [enfermagem] explicam sempre a medicação antes de termos alta, e voltam e explicam, mesmo antes de sairmos”* (E8); *“(…) equipa de*

enfermagem põe-nos à vontade, qualquer pergunta ou dúvida as enfermeiras esclarecem-nos tudo.” (E8); “Em relação à enfermagem tudo impecável” (E8).

O fator **“acesso a suportes informativos”**, mencionado por dois informantes, descreve a importância da informação dada através dos livros que são facultados nas consultas. Estas frases descrevem esse significado: *“(…) com as indicações do livro do transplante renal” (E1); “a informação que tinha dos livros” (E1); “davam-nos um livrinho e a gente estudava” (E4).*

O fator **“apoio da família”**, foi referido por dois informantes. O apoio da família é crucial neste processo de mudança de vida. Seguem-se dois excertos: *“(…) ao chegar a casa com a minha mulher que tem conhecimento da área” (E1); “(…) meu filho com 21 e o meu marido já veio cá” (E2).*

O fator **“consulta de seguimento”**, indicado por dois informantes, é de extrema importância após o TR, conseguindo assim um acompanhamento rigoroso. Passam a ter um acompanhamento pela equipa multidisciplinar, de início semanalmente e diminuindo com o tempo de transplante. Este sentido foi captado nas seguintes afirmações: *“(…) aí fui sendo consultado inicialmente uma vez por semana, cheguei a vir umas duas vezes na mesma semana porque havia uma alteração de análises, e com isso consegui chegar a esta situação.” (E1); “A princípio vinha cá duas vezes por semana, tinha que vir cá, depois comecei a vir uma vez e agora estou a vir de 15 em 15 dias, já não é mau em dois meses já é bom.” (E4).*

O fator **“não fazer diálise”** referido por quatro informantes, talvez seja o maior desejo do doente sujeito a TR, para assim se verem libertos da dependência da diálise. É o que concluímos das seguintes expressões: *“(…) tinha de fazer diálise”(E2); “Pronto, a diálise já me estava a custar muito, era dia sim, dia não, o que agora sinto melhor, estar em casa, levantar, tomar o meu pequeno-almoço, tomar os meus comprimidos que tenho que tomar, e fazer as minhas coisinhas de casa, que faço tudo à mesma, fazer o meu almoço.”(E2); “É uma vida muito melhor”(E2); “(…) sinto mais força nas minhas pernas” (E2); “(…) estavam muito negras, queria andar e já não conseguia a andar, para descer as escadas descia como as crianças, agora já subo bem e desço.” (E2); “Ajudou porque eu fazia HD há seis anos, e ajudou porque já não vou fazer, era três vezes por semana, era uma prisão, e agora já não vou fazer, era uma prisão.” (E4).*

O fator **“manter as rotinas diárias”**, emergiu do relato de um informante. Os doentes após o TR sentem que voltaram à vida normal antes da DRC, conseguindo

inclusivamente realizar as suas lides domésticas. Eis a expressão: *“Faço a minha vidinha normal, arrumo a casa, faço o almoço, nunca tive dificuldades em nada.”* (E3).

O fator **“cumprir horários da medicação”**, foi mencionado por um único informante. Os doentes com horário estabelecido de medicação, sentem-se mais seguros, diminuindo assim o medo de falhar. É o significado atribuído à seguinte expressão: *“Não senti propriamente dificuldades, com a medicação, os horários estavam estabelecidos para a toma dos medicamentos e sempre cumpri os horários.”* (E7).

O quadro 12 apresenta os fatores dificultadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal.

Quadro 12 – Fatores dificultadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal

Categorias	Nº de informantes
Condições do rim transplantado	1
Residir longe	1
Ter de recorrer a outros serviços de saúde	1
Anestesia na cirurgia	1
Sintomas de depressão	1
Demasiada informação	1
Medo de falhar	1

O fator **“condições do rim transplantado”**, emergiu do relato de um informante. Quando um doente é transplantado acredita que será com sucesso, mas infelizmente nem todos os transplantes são bem-sucedidos. A condição em que o rim doado se encontra é muito importante, daí serem realizados vários testes antes da transplantação. Esta informação foi retirada desta frase: *“Possivelmente disseram-me que o rim tecnicamente não era perfeito”* (E1).

O fator **“Residir longe”**, foi mencionado por um informante. Os doentes no pós transplante vem-se obrigados a recorrer ao hospital inúmeras vezes, para realizar exames, análises e as consultas de rotina que vão diminuindo ao longo do tempo. Infelizmente alguns doentes transplantados, têm a necessidade de reinternamento e o fato de estarem longe da família não é fácil. É o significado atribuído às seguintes frases: *“(…) porque a minha família mora longe”* (E2); *“meu mais novo não pode vir, e depois é muita saudade [visitar a utente].”* (E2); *“Estive ca 16 dias e eles só vieram cá uma vez [família].”* (E2).

O fator “**Ter de recorrer a outros serviços de saúde**” indicado por um informante, relata o desconforto que é para o doente ter de recorrer a mais estabelecimentos de saúde. Muitos dos doentes transplantados realizaram dialise durante anos, e vêm no transplante uma forma de “liberdade”. Eis as frases: “(...) *depois mandaram-me para casa com o antibiótico para ir levar ao posto médico*” (E2); “(...) *ia levar o antibiótico [no centro de saúde] que era meia hora, depois vinha para casa e fazia a minha vida normal.*” (E2).

O fator “**anestesia na cirurgia**” mencionado por um informante, descreve a preocupação em relação à perda de memória por períodos. A anestesia geral, além de visar áreas específicas envolvidas no sono e no estado alerta, atua ao desligar as redes neurais que permitem a comunicação entre diferentes regiões do cérebro, daí poderem existir essas queixas. Segue o excerto: “*Primeiro foi a medicação, tive imensa dificuldade, eu não sei se foi derivado ao que nós levamos para dormir (...) a anestesia*” (E5); “ (...) *a anestesia, eu acho que depois da anestesia, a nível de cabeça, ainda hoje eu sinto, esqueço-me imenso, apanhou-me a cabeça, esqueço-me um bocadinho das coisas*” (E5); “ (...) *mas a pior foi mesmo a cabeça, lembro-me das coisas, mas depois esqueço-me.*” (E5).

O fator “**sintomas de depressão**” foi referido também por um único informante. Nesta fase de pós-transplante o doente tem necessidade de um acompanhamento rígido tanto da equipa multidisciplinar como da família, com varias finalidades, sendo uma delas o apoio e incentivo. Os doentes têm que passar por vários processos de adaptação, o que pode ser mais difícil se o doente e sua família ainda não estiverem cientes do impacto da doença. É o que depreendemos das seguintes afirmações: “*Também estou com muito mau feitio, não tenho paciência para as pessoas que me rodeiam, tenho tendência de me isolar um bocadinho mais, se vejo uma pessoa na rua passo para o outro lado da rua, e faço de conta que não conheço as pessoas*” (E5); “*Canso-me muito das pessoas, de ouvir barulho, não tenho paciência para as pessoas.*” (E5).

O fator “**demasiada informação**” foi registado numa entrevista. Os doentes sujeitos a TR são colocados em lista de transplante em diferentes fases do seu processo patológico, iniciando desde logo um acompanhamento com as diversas equipas multidisciplinares, havendo uma grande responsabilidade para toda a equipa assegurar que os doentes ficaram bem informados. Para quem recebe a informação por vezes torna-se difícil assimilar. Este fator dificultador está documentado na seguinte: “ (...) *eram muitos médicos, muita enfermagem, era muita informação.*” (E5); “*Era muita informação de uma vez só.*” (E5).

O fator “**medo de falhar**” descrito por um informante. O transplante renal bem-sucedido pode trazer uma grande qualidade de vida ao indivíduo. Os doentes transplantados são informados desde sempre que poderá existir rejeição do enxerto, mas em momento algum querem ser eles os responsáveis por esse possível acontecimento. É o significado dado a esta afirmação: “ (...) *porque não pudemos falhar, porque pode haver rejeição do rim*” (E8).

3.6.5 Tema 4: Perceção dos doentes transplantados sobre o TR

Este tema traduz a perceção dos doentes em relação ao TR. Com a análise temática de conteúdo, conseguimos identificar três categorias: a perceção dos doentes sobre o tratamento; perceção em relação à equipa de saúde e a perceção sobre si mesmo após o TR. O Apêndice III apresenta a interpretação de todas as unidades de registo deste tema.

O quadro 13 ilustra as subcategorias em relação à perceção dos doentes face ao tratamento.

Quadro 13 – Perceção dos doentes sobre o tratamento

Subcategorias	Nº de informantes
A causa da Infecção urinária	1
Transplante	1
Sucesso do transplante	1

A perceção “**A causa da infeção urinaria**” emergiu do discurso de um informante, que associa a infeção urinária ao elevado número de comprimidos que toma. Segue a unidade de registo: “*é muito comprimido que a gente anda a tomar e que faz.*” (E2).

A perceção “**Transplante**” estava presente no relato de um informante que associa o transplante a “libertação”, que deixaria de ter obrigações. Eis o seu registo: “*Pensava que levava o rim e que tinha a minha vida resolvida...pronto, que vinha as consultas que tinhas que vir.*” (E2).

A perceção “**Sucesso do transplante**” descrito também por um único informante, que associa a melhoria dos valores analíticos ao sucesso do transplante. É este o

sentido da frase: “*O meu rim agora já esta a funcionar melhor (...) a minha creatinina baixou muito, já tenho os valores normais*” (E3).

O quadro 14 ilustra a subcategoria em relação à percepção dos doentes face à equipa de saúde.

Quadro 14 – Percepção dos doentes face à equipa de saúde

Subcategorias	Nº de informantes
Aconselhamento da equipa de saúde	1

A percepção “**Aconselhamento da equipa de saúde**” foi registada por um informante. Corresponde à confiança demonstrada pela equipa de saúde e que o fato de seguirem os seus conselhos é uma mais-valia no sucesso do transplante. É o significado atribuído à seguinte frase: “*ajudaram imensamente a tomar a atitude certa na hora certa*” (E1); “*quando foi necessário, fiz isso (...) entrei em contacto com o hospital*” (E1).

O quadro 15 ilustra as subcategorias em relação à percepção dos doentes sobre si mesmo após o TR.

Quadro 15 – Percepção dos doentes sobre si mesmo após o TR

Subcategorias	Nº de informantes
Sentido de responsabilidade	1
Cansaço	1
Satisfação	1
Otimismo	1

A percepção “**sentido de responsabilidade**” foi encontrada no discurso de um informante e relata a importância da responsabilidade nesta fase, para que nada falhe. A seguinte expressão mostra esse sentido: “*Ando sempre sozinha, vou para todo o lado sozinha. Sou responsável*” (E3).

A percepção “**Cansaço**” foi referida por um informante, onde descreve o cansaço associado ao tempo da cirurgia. É o que se depreende pela seguinte afirmação: “*sinto cansaço sim, mas ainda estou fresca em relação à operação.*” (E5).

A percepção “**satisfação**” estava presente no discurso de um informante. Corresponde à satisfação demonstrada após realização do transplante. A afirmação está presente da seguinte forma: “*tem sido muito positivo este trajeto*” (E7).

A percepção “**Otimismo**” foi destacada por um informante. Descreve a importância de não existir negativismo para o sucesso do transplante. Eis a frase: “*nada de negativismos*” (E8).

Os inventos revelam que na categoria “Percepção dos doentes sobre o tratamento” ressalta a ideia que após o TR existe ainda um conjunto de ações/obrigações fundamentais para manter o enxerto funcionando, sendo do conhecimento dos doentes transplantados que a perda do mesmo poderá levá-los a retornar ao tratamento dialítico ou até mesmo o risco de morte. Na categoria “Percepção em relação à equipa de saúde”, ressalta a importância e confiança dada pelos profissionais de saúde. Na categoria “Percepção sobre si mesmo após o TR” permite-nos perceber o quão é importante terem um pensamento positivo, autoestima e serem responsáveis, para assim conseguirem um novo recomeço, uma nova vida que o transplante lhes pode proporcionar.

3.6.6 Conclusões do estudo

Para Tizo (2015), atualmente o transplante renal (TR) é a melhor Terapêutica Substituta da Função Renal (TSFR), esta terapêutica tem por objetivo o aumento de sobrevivência do doente em quantidade e qualidade, sendo considerado o método de eleição, comparativamente aos métodos dialíticos.

Através da análise temática de conteúdo das 8 entrevistas realizadas no estudo, conclui-se que:

- Após a análise de conteúdo para além dos três temas iniciais, emergiu um quarto tema: “Percepção dos doentes transplantados sobre o TR” que por sua vez foi dividido em três subcategorias;
- Foram referidas 13 dificuldades, sendo seis delas mencionadas por mais que um informante e as restantes sete apenas por um informante.
- As dificuldades foram agrupadas por ordem física e ordem psicossocial, sendo que 10 das dificuldades são de natureza física e três de natureza psicológica e social;
- Entre as dificuldades apontadas pelos informantes, a **infecção urinária** e a **toma de medicação** estão entre as principais dificuldades para seguir o tratamento relacionado com o TR, cada uma descrita por três informantes;

- Para enfrentar as dificuldades relacionadas com o TR, os informantes descreveram 16 estratégias, sendo que duas delas esta relacionada com mecanismo de *coping* centrada no controle emocional: “*Em relação às parestesias, tento esquecer*” e “em relação aos óculos tinha que me sujeitar”
- Em relação à **infecção urinária** e à **toma de medicação**, os informantes centram-se nas estratégias orientadas para a resolução do problema, sabendo que ao adotá-las, diminuem o problema;
- Para enfrentar a dificuldade **infecção urinária** foram referidas as seguintes estratégias: “Reforço da higiene pessoal” e “Aderir à terapêutica”;
- A dificuldade **toma de medicação** foi a que mais estratégias mobilizou, tendo sido referidas as seguintes: “Registar a hora da toma e número de comprimidos”, “criar rotina para a toma de medicação” e “Esforça-se para cumprir a terapêutica”;
- Para as seguintes dificuldades: **complicações após o transplante; limitação no posicionamento durante o sono; internamento e administração de antibiótico**, não foram mencionadas estratégias.
- A maioria das estratégias foram mencionadas apenas por um informante, com a exceção da estratégia “**Evitar certos alimentos**”, para enfrentar a dificuldade **dieta**, que foi mencionada por dois informantes;
- Do discurso dos informantes emergiram 16 fatores facilitadores, tendo sido seis deles mencionados por mais que um informante, e os restantes 10 por apenas um informante. Os fatores facilitadores principais foram: “**Apoio e aconselhamento da equipa de saúde**”; “**Não fazer diálise**”; “**acesso a suportes informativos (livros)**”; “**apoio da família**”; “**consulta de seguimento**” e “**satisfação face ao transplante renal**”;
- Foram mencionados sete fatores dificultadores, não tendo sido mencionado o mesmo fator por mais que um informante. No entanto, é de referir que um informante mencionou três fatores dificultadores, tendo sido: “**anestesia na cirurgia**”; “**sintomas de depressão**” e “**demasiada informação**”;
- Em relação à percepção dos doentes face ao TR, emergiram três subcategorias, sendo elas: percepção sobre o tratamento: mencionado por três informantes; percepção do doente face à equipa de saúde, mencionado apenas por um único informante; e percepção dos doentes sobre si mesmo após o TR, tendo sido a mais mencionada, por quatro informantes;

- Na subcategoria percepção dos doentes sobre si mesmo após o TR, foi relatado o **“sentido de responsabilidade”**; **“cansaço”**; **“satisfação”** e **“otimismo”**;
- De salientar que a informação mais vezes relatada foi o fator facilitador **“apoio e aconselhamento da equipa de saúde”**, relatada sete vezes.

4. CONCLUSÕES

Nas páginas seguintes apresento a conclusão do estudo. Concluindo com a reflexão acerca dos resultados na prática clínica, para a investigação e para a formação em enfermagem nefrológica.

O estudo qualitativo “Dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal” levou à seleção intencional dos informantes, impossibilitando dessa forma generalizar os resultados à população de transplantados renais.

Para obtenção do parecer favorável da comissão de ética para a realização deste trabalho de investigação, foi necessária uma complexidade de documentos, o que causou algum contratempo, havendo mesmo a necessidade de adiar um mês o início das entrevistas. De salientar que estes pedidos são sempre morosos.

Outro aspeto a realçar foi o fato de ser o meu primeiro trabalho de investigação qualitativa e não estar propriamente à vontade nas entrevistas. Com o decorrer das mesmas consegui ter essa percepção.

O estudo permitiu retirar algumas conclusões.

Para compreender as vivências da pessoa transplantada renal acerca da gestão do regime terapêutico, designadamente as dificuldades relacionadas com o tratamento, as medidas adotadas para ultrapassá-las, bem como os fatores facilitadores e dificultadores dessa gestão; seguiu-se um estudo qualitativo e descritivo.

Através da análise temática de conteúdo das 8 entrevistas concluiu-se que:

- A infeção urinária e a toma de medicação estão entre as principais dificuldades enfrentadas pelos doentes para seguir o tratamento relacionado com o TR;
- Para enfrentar as dificuldades relacionadas com o TR, os informantes combinam estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas e no controlo emocional. Em relação à infeção urinária e toma de medicação os informantes privilegiaram as estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas, o que demonstra quererem ter algum controlo sobre a situação, ou seja, depreendem que os resultados em parte podem depender deles próprios.

- Para gerir a dificuldade infeção urinária foram referidas as seguintes medidas: “reforço da higiene pessoal” e “aderir à terapêutica”
- Em relação à toma de medicação constaram as seguintes estratégias: “registar a hora da toma e número de comprimidos”; “criar rotina para a toma de medicação” e “esforçar-me para cumprir a prescrição”;
- Do discurso dos informantes emergiram os seguintes principais fatores facilitadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a TR: “apoio e aconselhamento da equipa de saúde”; “Não fazer diálise”; “acesso a suportes informativos (livros) ”; “apoio da família”; e consulta de seguimento”;
- Foram também percebidos fatores dificultadores que influenciam a gestão do tratamento de doentes sujeitos a TR, sendo eles: “condição do rim transplantado”; Residir longe”; “ter de recorrer a outros serviços de saúde” e “demasiada informação”;
- A informação mais vezes relatada foi o fator facilitador “apoio e aconselhamento da equipa de saúde”.

A meu ver, as teorias do autocuidado de Dorothea Orem, assumem uma particular relevância no campo de ensino e investigação, ao definir claramente o papel do enfermeiro e suas intervenções, de acordo com a capacidade de cada doente. Deste modo, o estudo contribuiu para planejar intervenções de enfermagem, para a formação profissional e para uma intervenção mais personalizada e de qualidade. Considero que este modelo assume relevância para o desenvolvimento da arte e da ciência da enfermagem, ao dar especial ênfase ao autocuidado, com a integração do doente transplantado e sua família no seu projeto terapêutico.

Deste estudo podem resultar implicações para a prática, investigação e formação. Nos resultados mencionados e durante este trabalho de investigação, considero que o conceito de autocuidado influencia a prática diária de todos os profissionais de enfermagem, uma vez que a teoria centrada no autocuidado, abrange todos os níveis de prevenção, chamando de **prevenção primária** às intervenções de enfermagem que pretendem ajudar a pessoa a encontrar a necessidade de autocuidado universal e desenvolvimental e de **prevenção secundária e terciária** as intervenções associadas às necessidades nos desvios de saúde (Orem, 1980, p.52). No resultado deste trabalho de investigação, a enfermagem teve

maioritariamente um suporte de apoio e acompanhamento do doente. A meu ver, a importância atribuída ao doente e família neste modelo “autocuidado”, é um fator a valorizar para os cuidados de enfermagem de qualidade, uma vez que, cada vez mais, devemos favorecer a independência do doente e integrá-lo no seu projeto terapêutico, vindo ao encontro das indicações da OMS relativas à promoção da saúde. É importante perceber que medidas o doente é capaz ou está disposto a realizar, e de que apoios necessita para satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

Os informantes referem que a toma de medicação é uma das principais dificuldades. Esta continua a ser uma problemática para a pessoa submetida a TR, quer pela polimerização, quer pelas falhas nas tomas com risco de infeção e rejeição do enxerto. De salientar o fator facilitador que foi sete vezes mencionado “apoio e aconselhamento da equipa de saúde”, para Orem (1980), o enfermeiro deverá conquistar a confiança do outro demonstrando conhecimento e capacidade de enfermagem. Para o doente transplantado é importante sentir confiança no enfermeiro que o acompanha, quer no pré transplante, no internamento aquando do transplante e nas consultas de seguimento.

Considero de extrema importância desenvolver pesquisa na área de gestão do tratamento do doente transplantado renal, visto que, pode trazer melhorias tanto para o doente transplantado como para as equipas de saúde, contribuindo assim para um crescimento de todos.

Torna-se assim necessário formar-se enfermeiros especialistas, capazes de dar resposta às necessidades de cada utente. A DRC e o seu tratamento são situações de grande complexidade. Os avanços tecnológicos ao serviço da saúde, permitiram um tratamento mais eficaz e mais seguro, quer no transplante, quer nas técnicas dialíticas.

O enfermeiro encontra-se na linha da frente em relação aos tratamentos, é o enfermeiro que: em HD prepara os monitores para as sessões, que liga os doentes e previne complicações associadas ao tratamento, que na DP realiza ensinamentos nas modalidades DPCA ou DPA, que realiza e ensina o doente a fazer balanços e que numa consulta de TR otimiza a comunicação e o aconselhamento, simplifica os regimes terapêuticos, envolve os doentes no tratamento. Todos estes processos e os restantes referidos no decorrer do trabalho, foram aprofundados nos campos de estágio aquando da realização do mestrado. Todas estas experiências foram

facilitadas com o acompanhamento de um enfermeiro especialista em cada campo de estágio.

O ensino é um processo complexo que exige um grande conhecimento e prática, e é através dele que o enfermeiro toma decisões e desenvolve ações.

Em última análise considero que, este caminho percorrido ao longo destes dois anos me trouxe uma grande aprendizagem, reflexão e autonomia. Foi neste sentido que decidi percorrer este caminho e que agora considero ser capaz de prestar cuidados de enfermagem ainda com maior qualidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5th ed.). Lisboa: Edições 70, Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: a excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Botelho, M.M. (2015). *Transplante renal heterotópico técnica cirúrgica*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Circular Normativa N°:13/DQS/DSD. DGS. (14/06/2010)
- Coelho, A.A.Z.G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de saúde pública*. 32 (1), 69 79.
- Coronel, F., Montenegro, J., Selgas, R., Celadilla, O & Tejuca, M. (2006). *Manual Prático de Diálise Peritoneal*. Badalona.
- Decreto-lei nº 244/94. Diário da República I série. 244/94 (1994 /09/26)5780-5782.
- Decreto- lei nº 22/2017. Diário da república I série.124/2007 (2007-06-29) 4146-4150.
- Despacho nº 26951/2007. Diário da República II série. 26951/2007 (2007/11/26) 34157-34157
- Diretiva de execução 2012/25/EU. **OJL** .275 (100/10/2012). P.27-32.
- Dupas, G., Pinto, I. C., Mendes, M. D & Benedini, Z. (1994). Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de orem. São Paulo v.7 n1 p.19-26.
- Figueiredo, A.E., Kroth, L.V & Lopes, M.H.I (2005). Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado, *Scientia Medica*, 15 (3), 198-202
- Fortin, M. F; Côté, J & Filon, F. (2009) - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Guillermo, G.G., Harden, P & Chapman, J. (2012). O papel global do transplante renal, *J Bras Nefrol*,34(1),1-7.
- <http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php> (consultado em 15/09/2017)

Jameson, J.L. & Loscalzo, J (2013). Dialysis in the Treatment of Renal Failure. In D.L. Kathleen & M. C. Glenn, Harrison's: Nephrology and acid-base disorders ,(pp 141-147). McGraw-Hill Education.

Junior, A.A.G., Acúrcio, F.A., Andrade, E.L.G., Cherchiglia, M.L., Cesar, C.C., Queiroz, O.V & Silva, G.D. (2010). Ciclosporina VS Tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos, *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, 26. (1), 163-174.

Lerma, E.V., Berns, J.S & Nissenson, A. (2009). Hemodialysis. In MD, MSCE, M.V. Rocco & MD, PhD, S. Moossavi, Current diagnosis & treatment: nephrology & hipertension. (pp. 437-443). Mc Graw Hill.

Macário, F. (2017). *Relatório Gabinete de Registo da SPN. Tratamento Substituto Renal da doença Renal Crónica estadio V em Portugal - Encontro renal abril de 2017*. Vilamoura: SPN.

Macário, F. (2018). *Relatório Gabinete de Registo da SPN. Portuguese registry of dialysis and transplantation 2017 - Encontro renal março de 2018*. Vilamoura: SPN.

Matesanz, R. (2008). El modelo español de coordinación y transplantes. (2ª ed). Madrid: Aula Medica Ediciones.

Medin, C., Elinder, C.G., Hylander, B., Blom, B. & Wilczek, H., (2000) Survival of patients who have been on a waiting list for renal transplantation. *In: Nephrol Dial Transplant*, 15, 701-704.

Mendonça, A.E.O., Torres, G.V., Salvetti, M.G., Alchieri, J.C & Costa, I.K.F. (2014). Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. *Acta Paul Enferm.* 27 (3), 287-292.

Muniz, N.C.C., Santos, F.K., Silva, F.V.C., Tavares, J.M.A.B., Rafael, R.M.R., Vieira, I.F.O et al. (2017). *Prevalência de infecção de trato urinário no primeiro mês pós-transplante renal em um hospital universitário. Revista enfermagem Uerj*. Rio de janeiro

Murray, J.E. (Janeiro-Abril 2014). La Cirurgia Plástica, Transplante Renal y Premio Nobel. *Revista Mexicana de transplantes*. 3 (1), 26-31.

Norma da Direção Geral de Saúde nº 017/2011. Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5 (28/09/2011)

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico - Lei no 111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (1980) *Nursing: concepts of practice*. 2 ed. EUA, library of Congresso Cataloging-in-publishing date. ISBN: 0-07-047718-3

Organização Mundial da Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crónicas: componentes estruturais de ação*: relatório mundial. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde.

Pope, C & May, N. (2000). *Qualitative Research in Health Care*. 2nd edition, BMJ Books, London, ISBN 0-7279-1396-4.

PORTARIA nº 306-A/2011. D.R I série. 306-A/2011 (2011/12/20) 5348(2) -5348(4).

Portugal.Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2004)- Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Orientações estratégicas. Lisboa: DGS Vol II.

Portugal. Ministério da saúde (2009). Autoridade para os serviços de sangue e da transplantação- Relatório estatístico 2009: colheita e transplantação de órgãos e tecidos. Lisboa.

Portugal. Ministério da saúde (2009). Autoridade para os serviços de sangue e da transplantação- Normas de selecção do par dador-receptor em Transplante Renal: homotransplantação com rim de cadáver. Lisboa: ASST, 2009. (Circular Normativa 15/GDG de 7 de Setembro de 2009).

Rabbat, C.G., Thorpe, K.E., Russell, J.D & Churchill, D.N (2000). *Comparison of mortality risk for dialysis patients and cadaveric first renal transplant recipients in Ontario, Canada*, *J Am Soc Nephrol*, 11, 917-922.

REGULAMENTO nº 122/2011. **D.R II série** . 35(2011/02/18) 8648-8653

Ribeiro, F. (1997). Transplantação Renal. Manual de Hemodiálise, (pp.251-265). Lisboa: clínica de doenças renais, Livraria Férrin.

Ribeiro, F. (1997). Opções terapêuticas na insuficiência renal terminal. Manual de hemodiálise, (pp.37-42). Lisboa: clínica de doenças renais, Livraria Féris.

Souto, F.C.O., Costa, R.M.A., Marques, T.M.M & França, A.M.B (2016). Qualidade de vida em pacientes submetidos a transplante renal. *Ciências Biológicas e da saúde*. 3 (3), 119-132.

Terra, F.S., Costa, A.M.D.D., Figueiredo, E.T., Moraes, A.M., Costa, M.D & Costa, R.D (2010). *As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. Revista brasileira de clinica médica*.8 (3), 87-92.

Terrill, B (2002) Renal Nursing: a guide to practice. Radcliffe Medical Press, Oxon

Tizo, J.M & Macedo, L.C (Out-Dez 2015). Principais complicações e efeitos colaterais pós-transplante renal. *revista UNINGÁ review*. 24(1), 62-70.

Thomas, N. & Jeffrey, C (2005) Diálise peritoneal In J. Wild, Enfermagem em Nefrologia, (2ª ed). (pp.225-287). Loures, Lusodidacta.

Thomas, N. & Jeffrey, C (2005) Hemodiálise In N. Thomas, Enfermagem em Nefrologia, (2ª ed). (pp.185-223). Loures, Lusodidacta.

Thomas, N. & Jeffrey, C (2005) transplante renal In P.M.Franklin, Enfermagem em Nefrologia, (2ª ed). (pp.363-434). Loures, Lusodidacta.

UNIDADE CURRICULAR Opção II (2017) – Guia Orientador. Prof Dr Filipe Cristóvão. ESEL, 2017

USA, National Kidney Foundation- KDOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. [em linha]. New York, NY: National Kidney Foundation, 2017 [consult. 11 de Janeiro 2018]. Disponível em <https://www.kidney.org/>

Wolfe, PhD, R.A., Ashby, M.A, V.B., Milford, M.D, E.L., Ojo, M.D, A.O et al. (1999).comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant, *The New England journal of medicine*. 341 (23) 1725-1730.

www.kidney.org/kidneydisease/aboutckd (acedido em 02/03/2018).

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

1. Quais as dificuldades que encontrou, para seguir o tratamento relacionado com o transplante renal?
2. Que medidas tem utilizado para lidar com cada uma das dificuldades anteriormente referidas, relacionadas com o transplante renal?
3. Na sua opinião, que condições ou fatores facilitam ou dificultam a realização do tratamento após o seu transplante renal?

APÊNDICE II

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. (a) Senhor(a):

No âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica e do Mestrado em enfermagem nefrológica pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pela qual estou a desenvolver um estudo sobre "Dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a gestão do tratamento em pessoas sujeitas a transplante renal". Pretendo estudar as dificuldades relacionadas com o tratamento, sentidas por pessoas submetidas a transplante renal, bem como as soluções que utilizam para as enfrentar e os fatores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes. Este estudo poderá contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem e de formação.

A sua colaboração é fundamental para compreender estes problemas. Como tal, peço a sua colaboração voluntária que consiste numa entrevista com uma duração de cerca de 25 minutos, a realizar na unidade de transplantação renal [REDACTED] entre o mês de fevereiro e março de 2018. As entrevistas serão gravadas para que as respostas possam ser analisadas com todo o cuidado. Também peço que autorize o acesso ao processo clínico para melhor conhecer a sua situação clínica, mais precisamente a data que foi realizado o transplante, tipo de transplante, análises realizadas e medicação efetuada. Toda a informação é confidencial, pelo que as suas respostas e os dados clínicos não serão identificadas no estudo.

Este estudo realiza-se com autorização do Centro Hospitalar [REDACTED]

[REDACTED]. Os resultados serão entregues ao hospital.

O doente é livre para interromper a sua colaboração no estudo, a qualquer momento, sem que com isso seja prejudicado no seu acompanhamento clínico, na instituição, bastando informar a investigadora Lídia Raquel Vieira Mouta para um dos seguintes contactos: tlm: [REDACTED] ou email: lidiarmouta@gmail.com, para que os seus dados sejam eliminados. É um direito seu que em nada interfere com o seu tratamento. Estarei disponível para esclarecer todas as suas questões relativamente ao questionário.

Declaro ter recebido e compreendido os esclarecimentos necessários para colaborar voluntariamente neste estudo.

(Participante no estudo)

(Enfª Lídia Mouta Cédula profissional [REDACTED])

_____, _____ de _____ de 201__

Nota: Este documento é feito em duas vias: uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

APÊNDICE III

Unidades de registro

Temas, categorias e unidades de registo, resultantes da análise temática de conteúdo

Quadro I – Dificuldades percebidas pelos informantes relativas à gestão do tratamento doentes sujeitos a transplante renal

Dificuldades	Informantes
A1 - Limitação no posicionamento durante o sono	1
A2- Dor/desconforto na fossa ilíaca	2
A3 – Parestesia na área intervencionada	1
A4 - Infecção Urinária	3
A5 – Toma da medicação	3
A6 - Administração de antibiótico	1
A7 – Dieta	2
A8 - Exposição solar	2
A9 – Internamento	1
A10 – Efeitos colaterais dos imunossuppressores	1
A11 – Complicações após o transplante	1
A12 – Informação dada pelos profissionais de saúde de forma diferente	1
A13- Risco de infeção	2

Quadro II – Categorias e unidades de registo do tema “Dificuldades para gerir o tratamento em doentes sujeitos a transplante renal após o transplante renal

Categorias	Unidades de Registo
A1 - Limitação no posicionamento durante o sono	“(…) não dormir para aquele lado”(E1);
A2- Dor/desconforto na fossa ilíaca	“(…) de vez em quando sentia uma pressão na parte operada” (E1); “(…) em relação à parte da ligeira dor ou desconforto” (E1); “Depois apareceu-me uma dorzinha” (E6);
A3 – Parestesia na área intervencionada	“(…) uma ou outra parestesia na zona” (E1);
A4 - Infecção Urinária	“Ao fim de 3 meses, todos os meses venho cá parar, desde o mês do natal, o outro mês a seguir e este, com infeções urinárias” (E2); “Estou muito triste por causa das infeções [infeções urinárias].” (E2);

	<p>“(…) tem sido mais difícil é a problemática das infecções urinárias” (E7);</p> <p>“(…) a única dificuldade que senti e estou a fazer terapêutica para isso e isso acho que foi logo desde o início” (E8);</p> <p>“(…) colocaram- me uma algalia [stent], e eu dei-me muito mal com isso, depois tenho mantido sempre esta dor e ardores, depois desenvolvi uma <i>candidíase</i>” (E8);</p>
A5 – Toma da medicação	<p>“(…) que é muito comprimido que a gente anda a tomar” (E2);</p> <p>“(…) conseguir decorar a medicação, porque é muita medicação” (E5);</p> <p>“O acerto da medicação e não sei o que, mas controlou se e já está tudo bem.” (E6);</p>
A6 - Administração de antibiótico	“(…) levei antibiótico”(E2);
A7 – Dieta	<p>“Pronto só senti [dificuldade] na comida” (E2);</p> <p>“Tenho de ter cuidado com a alimentação” (E5);</p> <p>“(…) estou com problemas de obesidade e fígado também” (E5);</p>
A8 - Exposição solar	<p>“(…) temos que ter muito cuidado com a praia por causa do sol” (E2);</p> <p>“(…) apanhar sol, mas devo ter cuidados que todas as pessoas devem ter” (E7);</p>
A9 – Internamento	<p>“(…) quando fico internada” (E2);</p> <p>“Como é longe, eles têm pouco transporte [família].” (E2);</p>
A10 – Efeitos colaterais dos imunossupressores	<p>“As dificuldades que encontrei, foi a medicação, ainda hoje estou a adaptar-me aos imunossupressores, não é dificuldade ao toma-los, é o organismo, desde que fui transplantada que tenho diarreias” (E3);</p> <p>“(…) já me mudaram umas três vezes os imunossupressores, já estou a fazer um de há 30 anos atras” (E3);</p>
A11 – Complicações após o transplante	<p>“Fui transplantada, correu tudo bem, no dia 29 de janeiro foi o caos, comecei a andar muito cansada, deixei de comer praticamente, água bebia muito pouca.” (E3);</p> <p>“(…) eu estava já incapaz de fazer alguma coisa, só estava bem era deitada, não tinha força, vinha aqui constantemente à consulta de 3 em 3 dias, elas diziam que as análises estavam boas e não me queriam internar, ate que no passado dia 20 fiquei internada, desceu cálcio, desceu o potássio, foi o caos.” (E3);</p>
A12 – Informação dada pelos profissionais de saúde de forma diferente	<p>(…) “vem uma enfermeira e explica de uma maneira e vem outra e explica de outra maneira e a pessoa já está baralhada, deveriam falar todas a mesma linguagem” (E5);</p> <p>“(…) a explicação de uns e outros era completamente diferente e eu como já na altura achava que a minha cabeça já não estava e estava sem paciência nenhuma” (E5);</p>
A13- Risco de infeção	<p>“Tive dificuldade por causa de usar a mascara por causa dos óculos, apanhei a parte do verão, embaciava-me muito os óculos.”(E6);</p> <p>“(…) dificuldades no período de inverno para sair de casa, por causa das constipações” (E7);</p>

Quadro III – Medidas para gerir as dificuldades na gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal

Medidas para Enfrentar as Dificuldades	Informantes
A2.1 - Ter cuidado com os posicionamentos	1
A2.2 - Pedir apoio à equipa de enfermagem	1
A3.1 - Tentar esquecer	1
A4.1 - Reforço da higiene pessoal	1
A4.2 - Aderir à terapêutica	1
A5.1 - Registar a hora da toma e número de comprimidos	1
A5.2 - Criar rotina para a toma de medicação	1
A5.3 - Esforçar-se para cumprir a prescrição	1
A7.1 - Evitar certos alimentos	2
A7.2 - Cumprir a dieta com rigor	1
A8.1 - Procurar sombras	1
A8.2 - Não se expor nas horas com mais sol	1
A10.1 - Ajuste na medicação	1
A12.1 - Recorrer à especialidade	1
A13.1 - Colocação da máscara	1
A13.2 - Sujeitar-se	1

Quadro IV – Categorias e unidades de registo das medidas para enfrentar a dificuldade “Dor/desconforto na fossa ilíaca”

Categorias	Unidade de Registo
A2.1 - Ter cuidado com os posicionamentos	“(…) tentar não andar muito depressa” (E1); “(…) não estar muito tempo de pé” (E1); “(…) também não estar demasiadamente sentado” (E1); “(…) não me dobrar exageradamente para a frente para não fazer peso , portanto, fazendo isto superou a dor que tinha” (E1);
A2.2 - Pedir apoio à equipa de enfermagem	“(…) mas perguntei à enfermeira e é normal a gente ficar com uma dorzinha.” (E6);

Quadro V – Categorias e unidades de registo das medidas para enfrentar a dificuldade “Parestesia na área intervencionada”

Categorias	Unidade de Registo
A3.1 - Tentar esquecer	“Em relação às parestesias, tento esquecer” (E1);

Quadro VI – Categorias e unidades de registo das medidas para enfrentar a dificuldade “Infecção Urinária”

Categorias	Unidade de Registo
A4.1 - Reforço da higiene pessoal	“(…) mas eu tenho muita higiene, e pronto, tenho um “(…) alguidarinho” só para eu me lavar, ate perguntei se é dos sabonetes, mas diz que não, que pode ser dos comprimidos”(E2);
A4.2 - Aderir à terapêutica	“(…) estou a fazer terapêutica para isso e espero que passe” (E8);

Quadro VII – Categorias e unidades de registo das medidas para enfrentar a dificuldade “Toma da medicação”

Categorias	Unidade de Registo
A5.1 – Registar a hora da toma e número de comprimidos	“(…) ponho a hora, ponho quantos comprimidos tenho de tomar, e eu me oriento.” (E2);
A5.2 - Criar rotina para a toma de medicação	“(…) tiro a medicação de manhã e depois confirmo antes de tomar.” (E3);
A5.3 - Esforçar-se para cumprir a prescrição	“Levantar-me de manhã e concentrar, foquei me naquilo e tem que ser aquilo para atingir os bons objetivos, não me quero atrasar na medicação nem me esquecer”(E5);

Quadro VIII – Categorias e unidades de registo das medidas para enfrentar a dificuldade “Dieta”

Categorias	Unidade de Registo
A7.1 – Evitar certos alimentos	“Tive cuidado relativamente à alimentação que me estava prescrita” (E1); “(…) evitando totalmente algumas coisas e outras comendo moderadamente, portanto, fazendo as refeições mais vezes em menos quantidade, essa parte também foi superada” (E1); “(…) gosto da minha feijoada, mas pus lá de parte e como grelhados” (E5); “(…) estou a ter essa preocupação de diminuir a gordura.” (E5);
A7.2 – Cumprir a dieta com rigor	“(…) temos que ter mais cuidado”(E2);

Quadro IX – Categorias e unidades de registo das medidas para enfrentar a dificuldade “Exposição solar”

Categorias	Unidade de Registo
A8.1 - Procurar sombras	“(…) o sitio para onde eu vou tem muitas árvores, e a praia fica desviada, sempre está calor, mas não apanho sol”(E2);
A8.2 - Não se expor nas horas com mais sol	“(…) não estar exposto nas maiores horas de sol.” (E7);

Quadro X – Categorias e unidades de registo das medidas para enfrentar a dificuldade “Efeitos colaterais dos imunossupressores”

Categorias	Unidade de Registo
A10.1 - Ajuste na medicação	“(…) e agora estou a fazer um às 11h da manhã que dá para as 24 horas” (E3);

Quadro XI – Categorias e unidades de registo das medidas para enfrentar a dificuldade “Informação dada pelos profissionais de saúde de forma diferente”

Categorias	Unidade de Registo
A12.1 - Recorrer à especialidade	“Entretanto depois fui à <i>APDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal</i> e a enfermeira explicou-me tudo em 10 minutos.” (E5);

Quadro XII – Categorias e unidades de registo das medidas para enfrentar a dificuldade “Risco de infeção”

Categorias	Unidade de Registo
A13.1 – Colocação da mascara	“(…) punha a mascara, em casa não, mas às vezes quando ia la visitas, a minha irmã ou assim, punha.” (E2); “Agora com os meus filhos, tenho 2 filhos, e o meu marido já não punha. Quando ia assim à rua, assim um bocadinho punha., Andei 3 meses com a mascara e quando vinha aqui às consultas também punha a mascara e sempre estive bem.”(E2); “não apanhar o frios”(E2);
A13.2 - Sujeitar-se	“Em relação aos óculos, tinha que me sujeitar.” (E6);

Quadro XIII – Fatores facilitadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal

Categorias de Fatores Facilitadores	Informantes
FF 1 - Apoio e aconselhamento da equipa de saúde	7
FF 2 - Acesso a suportes informativos (livros)	2
FF 3 - Apoio da família	2
FF 4 - Consulta de seguimento	2
FF 5 - Relação da equipa de saúde com o cliente	1
FF 6 - Linhas de apoio	1
FF 7 - Não fazer diálise	4
FF 8 - Manter as rotinas diárias	1
FF 9 - Estabilização da tensão arterial	1
FF 10 - Focar-se no sucesso	1
FF 11 - Ter qualidade de vida	1
FF 12 - Boa função renal do enxerto	1
FF 13 - Satisfação face ao transplante renal	2
FF 14 - Capacitação	1
FF 15 - Cumprir horários da medicação	1
FF 16 - Manter-se a mesma equipa de saúde	1

Quadro XIV – Categorias e unidades de registo dos fatores facilitadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal

Categorias	Unidade de Registo
Apoio e Aconselhamento da equipa de saúde	<p>“(…) com as explicações que deram aqui” (E1);</p> <p>“(…) tinha falado aqui com os médicos” (E1);</p> <p>“(…) a indicação que tinha dos médicos” (E1);</p> <p>“(…) indicação que tinha da enfermeira responsável” (E1);</p> <p>“(…) com indicações para em determinadas situações de ocorrência, entrar em contacto com o hospital” (E1);</p> <p>“(…) tive um problema com um dente, (…) entrei em contacto com o hospital um sábado onde estavam os médicos, foi-me dito o que poderia tomar” (E1);</p> <p>“(…) a doutora diz que não é normal estar a fazer infeções durante os 3 meses” (E2); “disse-me: “não tenha medo Carla que vai correr [a médica]” (E2);</p> <p>“Os ensinamentos da equipa de enfermagem facilitaram.” (E3);</p> <p>“(…) os enfermeiros, todas as noites iam ter connosco”</p> <p>“(…) perguntavam-nos, se a gente tivesse algum problema com o rim quais eram os sintomas, na exposição ao sol, o que tínhamos que fazer” (E4);</p> <p>“Também se tivermos dúvidas esclarecemos com os enfermeiros, e isso ajuda muito.” (E4);</p> <p>“Na enfermagem, o que aconteceu aqui é que, no</p>

	<p>hospital não tenho razão de queixa de ninguém” (E5);</p> <p>“Este segundo transplante foi feito em (...), mas também fui muitíssimo bem acompanhado lá e aqui” (E7);</p> <p>“(…) a confiança de toda a equipa e serviços facilitam todo o processo” (E7);</p> <p>“Aquilo que me explicaram, eu sigo à regra e não sinto dificuldades para isso.” (E8);</p> <p>“Eles [enfermagem] explicam sempre a medicação antes de termos alta, e voltam e explicar, mesmo antes de sairmos” (E8);</p> <p>“(…) equipa de enfermagem poe-nos à vontade, qualquer pergunta ou dúvida as enfermeiras esclarecem-nos tudo.” (E8);</p> <p>“Em relação à enfermagem tudo impecável” (E8);</p>
Acesso a suportes informativos (livros)	<p>“(…) com as indicações do livro do transplante renal” (E1);</p> <p>“a informação que tinha dos livros” (E1);</p> <p>“davam-nos um livrinho e a gente estudava” (E4);</p>
Apoio da família	<p>“(…) ao chegar a casa com a minha mulher que tem conhecimento da área” (E1);</p> <p>“(…) meu filho com 21 e o meu marido já veio cá”(E2);</p>
Consulta de seguimento	<p>“(…) aí fui sendo consultado inicialmente 1 vez por semana, cheguei a vir umas duas vezes na mesma semana porque havia uma alteração de análises, e com isso consegui chegar a esta situação.” (E1);</p> <p>“A princípio vinha cá duas vezes por semana, tinha que vir cá, depois comecei a vir uma vez e agora estou a vir de 15 em 15 dias, já não é mau em dois meses já é bom.” (E4)</p>
Relação da equipa de saúde com o cliente	<p>“(…) acho há da parte dos médicos e dos enfermeiros uma ligação tremenda que ajuda bastante as pessoas a superar, isto não é fácil.” (E1);</p> <p>“Após o transplante houve uma apresentação à enfermeira” (E1);</p> <p>“(…) facilitarem a possibilidade de ligar para elas a qualquer hora, logo que tivesse um problema” (E1);</p>
Linhas de apoio	<p>“(…) dentro da hora de serviço um número, após a hora de serviço ligar para um outro número, portanto isso tudo, ajudou bastante a pessoa a integrar-se” (E1);</p>
Não fazer diálise	<p>“(…) tinha de fazer diálise”(E2); “Pronto, a diálise já me estava a custar muito, era dia sim, dia não, o que agora sinto melhor, estar em casa, levantar, tomar o meu pequeno-almoço, tomar os meus comprimidos que tenho que tomar, e fazer as minhas coisinhas de casa, que faço tudo à mesma, fazer o meu almoço.”(E2);</p> <p>“É uma vida muito melhor”(E2);</p> <p>“(…) sinto mais força nas minhas pernas”(E2); “(…) estavam muito negras, queria andar e já não conseguia a andar, para descer as escadas descia como as crianças, agora já subo bem e desço.”(E2); sinto-me bem”(E2);</p> <p>“Ajudou porque eu fazia HD há 6 anos, e ajudou porque já não vou fazer, era 3 vezes por semana, era</p>

	<p>uma prisão, e agora já não vou fazer, era uma prisão.” (E4);</p> <p>“Agora não sinto aquelas dores horríveis e cansaço que sentia na HD” (E5);</p> <p>“(…) sinto aquele alívio só de pensar que não tenho que ir para a HD, aquele alívio de manhã, porque nós quando saímos da HD no dia seguinte passamos o dia na cama, eu tive azar de me apanhar a parte das câmbrias, a cada dialise eu desmaiava, coitado do enfermeiro P, ele foi um anjo para mim, fazia-me massagem.” (E5);</p> <p>“Eu fazia DP em casa e melhorou bastante, porque isso realmente é uma grande prisão, é um fator muito positivo, tanto com HD é a mesma coisa, e isso é uma liberdade que nos dão enorme.” (E8);</p>
Manter as rotinas diárias	<p>“Faço a minha vidinha normal, arrumo a casa, faço o almoço, nunca tive dificuldades em nada.” (E3);</p>
Estabilização da tensão arterial	<p>“(…) a minha tensão agora esta estabilizada, faço meio comprimido de manhã e à noite, e na HD fazia 3 comprimidos, e a minha tensão estava sempre a 18 e agora esta boa” (E4);</p>
Focar-se no sucesso	<p>“(…) estou muito focada e tenho interesse que isto vá para a frente.” (E5);</p> <p>“Se um dia acontecer qualquer coisa, não quero sentir que tive desleixo” (E5);</p> <p>“(…) a ver se até ao final do verão, começo a fazer alguma coisa e trabalhar, é esse o meu desejo”(E5);</p>
Ter qualidade de vida	<p>“O meu foco é ir para a frente e com 54 anos ainda tenho um bocadinho de qualidade de vida para viver.”(E5);</p>
Boa função renal do enxerto	<p>“(…) também tive sorte em ter um bom rim e pronto sinto-me bem, sinto-me levezita.” (E5);</p>
Satisfação face ao transplante renal	<p>“Sinto-me lindamente bem e satisfeita com o transplante” (E5);</p> <p>“Melhorou tudo, a vida, o meu dia-a-dia.” (E6);</p> <p>“Passados dois dias de sair do hospital fui logo ter com os meus amigos ao café, sentia-me bem, bem, bem. Modificou tudo!” (E6);</p> <p>“Está tudo a 100 %, estou satisfeito!” (E6);</p>
Capacitação	<p>“(…) consegui encaixar tudo à primeira, cumpri tudo o que me disseram.” (E6);</p>
Cumprir horários da medicação	<p>“Não senti propriamente dificuldades, com a medicação, os horários estavam estabelecidos para a toma dos medicamentos e sempre cumpri os horários.” (E7);</p>
Manter-se a mesma equipa de saúde	<p>“(…) equipa que praticamente é a mesma que já ca estava.” (E7);</p>

Quadro XV – Fatores dificultadores que influenciam a gestão do tratamento nos doentes sujeitos a transplante renal

Categorias de Fatores Dificultadores	Unidade de Registo
FD 1 – Condições do rim transplantado	“Possivelmente disseram-me que o rim tecnicamente não era perfeito” (E1); “(…) a mim dificultou o tratamento” (E1);
FD 2 – Residir longe	“(…) porque a minha família mora longe”(E2); “meu mais novo não, e depois é muita saudade [visitar a utente].”(E2); “Estive ca 16 dias e eles só vieram cá uma vez [família].”(E2);
FD 3 – Ter de recorrer a outros serviços de saúde	“(…) depois mandaram-me para casa com o antibiótico para ir levar ao posto médico”(E2); “(…) ia só levar o antibiótico [no centro de saúde] que era meia hora, depois vinha para casa e fazia a minha vida normal.” (E2);
FD 4 – Anestesia na cirurgia	“Primeiro foi a medicação, tive imensa dificuldade, eu não sei se foi derivado ao que nós levamos para dormir (…) a anestesia”(E5); “(…) a anestesia, eu acho que depois da anestesia, a nível de cabeça, ainda hoje eu sinto, esqueço-me imenso, apanhou-me a cabeça, esqueço-me um bocadinho das coisas”(E5); “(…) mas a pior foi mesmo a cabeça, lembro-me das coisas, mas depois esqueço-me.”(E5);
FD 5 – Sintomas de depressão	“Também estou com muito mau feitio, não tenho paciência para as pessoas que me rodeiam, tenho tendência de me isolar um bocadinho mais, se vejo uma pessoa na rua passo para o outro lado da rua, e faço de conta que não conheço as pessoas” (E5); “Canso-me muito das pessoas, de ouvir barulho, não tenho paciência para as pessoas.”(E5);
FD 6 – Demasiada informação	“(…) eram muitos médicos, muita enfermagem, era muita informação.” (E5); “Era muita informação de uma vez só.” (E5);
FD 7 – Medo de falhar	“(…) porque não pudemos falhar, porque pode haver rejeição do rim” (E8);

Quadro XVI – Perceção do cliente sobre as dificuldades na Fatores dificultadores na gestão do tratamento dos sujeitos a transplante renal

Perceção do cliente sobre as dificuldades	Informantes
P1 - Aconselhamento da equipa de saúde	1
P2 - A causa da Infecção urinária	1
P3 - Transplante	1
P4 - Sentido de responsabilidade	1
P5 - Sucesso do transplante	1

P6 - Cansaço	1
P7 - Satisfação	1
P8 - Otimismo	1

Quadro XVI Perceção do cliente sobre as dificuldades

Perceção	Unidade de Registo
P1 - Aconselhamento da equipa de saúde	“ajudaram imensamente a tomar a atitude certa na hora certa” (E1); “quando foi necessário fiz isso (...) entrei em contacto com o hospital” (E1);
P2 - A causa da Infecção urinária	“é muito comprimido que a gente anda a tomar e que faz.”(E2);
P3 - Transplante	“Pensava que levava o rim e que tinha a minha vida resolvida...pronto, que vinha as consultas que tinhas que vir.” (E2);
P4 - Sentido de responsabilidade	“Ando sempre sozinha, vou para todo o lado sozinha. Sou responsável” (E3);
P5 - Sucesso do transplante	“O meu rim agora já esta a funcionar melhor (...) a minha creatinina baixou muito, já tenho os valores normais” (E3);
P6 - Cansaço	“sinto cansaço sim, mas ainda estou fresca em relação à operação.”(E5);
P7 - Satisfação	“tem sido muito positivo este trajeto” (E7);
P8 - Otimismo	“nada de negativismos” (E8);

ANEXOS

ANEXO I

Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde

PARECER

Projeto de Mestrado,

Título: “**Dificuldades, estratégias e fatores que influenciam a gestão do tratamento em doentes sujeitos a transplante renal**”

Investigadora Principal: **Enf.ª Lídia Raquel Vieira Mouta** (Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa-ESEL | Enfermeira no Serviço de

Serviço no | onde decorrerá o estudo:

Após reunião de 19 de fevereiro de 2018 e no seguimento da receção do modelo de Consentimento Informado retificado e do esclarecimento sobre o acesso ao processo clínico para a recolha de dados, estando atualmente o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

Lembramos que, de acordo com a Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, qualquer estudo que envolva dados de doentes deverá ter a aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do presentes em reunião de 19 de fevereiro de 2018:

Presidente: Prof.ª Doutora

Dr. (, Enf.ª , Dra.

Dr. , Dra. , Dr. e

Pelo exposto, emitiu-se a 28 de fevereiro de 2018, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

ANEXO II

Ensino clínico em HD (avaliação qualitativa)

AValiação da Unidade Curricular Estágio com Relatório

Nome: Lidia Raquel Viana Costa Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Serviço: Nefrologia
Efectuado de 25.10.17 a 02.11.17 Docente: _____ Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros ou falhas graves ou muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimento com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz, mas que exige aperfeiçoamento relevante; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	Trabalho que chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	Muito Bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapacidade para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções. As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas; Atrasos regulares na satisfação dos compromissos	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. Por vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas e correndo riscos; faz algum esforço, mas nem sempre de forma adequada. Evita a supervisão.	Interesse descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos. Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; solicita supervisão.	Em regra, revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Muito Bom
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra, pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica e assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Excelente
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo. Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas. Integra-se no grupo se expressamente solicitado. Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boss relações profissionais. Contribui para um bom ambiente de trabalho. Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo. Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; Cria bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Excelente

O Docente: _____ Orientador: _____ Data: 09.11.2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

AValiação do Estágio com Relatório

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Estudante demonstrou interesse e conhecimentos na prática profissional. Assim como, interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos. Notou-se evolução na autonomia na execução técnica de longo do estágio. Gostei das relações profissionais muito boas, facilidade de integração a equipa/família/utente. Classificação: Excelente

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 9/11/2017 Orientador

Assinatura

Data: 09/11/2017 Estudante

Lidia Raquel Viana Costa

ANEXO II

Ensino clínico em DP (avaliação qualitativa)

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR Estágio COM RELatório

Nome: Udo Rosel Weino Paulo Instituição: _____ Serviço: GUR - Diálogo Peritomeal
Efectuado de 06/11/2017 a 12/11/2017 Docente: _____ Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros ou falhas graves ou muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimento com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz, mas que exige aperfeiçoamento relevante; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	Trabalho que chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	13
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapacidade para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções. As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas; Atrasos regulares na satisfação dos compromissos	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. Por vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas e correndo riscos; faz algum esforço, mas nem sempre de forma adequada. Evita a supervisão.	Interesse descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos. Torna a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; solicita supervisão.	Em regra, revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	E
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra, pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica. Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	E
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo. Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas. Integra-se no grupo se expressamente solicitado. Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais. Contribui para um bom ambiente de trabalho. Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo. Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; Cria bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	E

O Docente: _____ Orientador: _____ Data: 12/11/2017

1

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AValiação DO Estágio COM RELatório

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:
A didia mostrou muito interesse durante o seu estágio em adquirir novos conhecimentos e em colaborar na prática de cuidados aos doentes com doença renal. Acompanha e monitoriza doentes em Diálise Peritoneal em programa de condução de rotina. Compreende as intervenções de enfermagem específicas em D.P. em situações de complicação.
Revela ponderação e nos actos que pratica e assume a sua responsabilidade. Relação profissionais muito boas contribuiu para um bom ambiente de trabalho. Integra-se facilmente na equipa de trabalho mantendo uma boa relação com o utente e família.
Avaliação qualitativa de excelente.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 12/11/2017
Data: 20/12/17

Orientador
Estudante
Udo Rosel Weino Paulo

Assinatura
Udo Rosel Weino Paulo

2

ANEXO III

Ensino clínico em Internamento Nefrologia (avaliação qualitativa)

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Lida Raquel Vieira Paulo Instituição: _____ Serviço: Intervenção de Apoio
Efectuado de 20/11/2017 a 29/11/2017 Docente: _____ Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros ou falhas graves ou muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimento com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz, mas que exige aperfeiçoamento relevante; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	Trabalho que chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	<u>MB</u>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapacidade para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções. As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas; Atrasos regulares na satisfação dos compromissos	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. Por vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas e correndo riscos; faz algum esforço, mas nem sempre de forma adequada. Evita a supervisão.	Interesse descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos. Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; solicita supervisão.	Em regra, revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<u>E</u>
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de os assumir;	Em regra, pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica. Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	<u>E</u>
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho. Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo. Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas. Integra-se no grupo se expressamente solicitado. Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais. Contribui para um bom ambiente de trabalho. Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo. Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; Cria bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<u>E</u>

O Docente: _____ Orientador: _____ Data: 1/12/17

1

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AValiação DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Lida integra-se no cenário clínico com facilidade, estabelece uma boa relação com a equipa multidisciplinar. —
Cumpe a objectiva a qual se propôs, com uma atitude pro-activa, mostrando responsabilidade profissional ex-terna. Envolveu-se no trabalho com os utentes, com sugestões pertinentes e oportunas. —
Propôs - se a avaliação qualitativa de Excelent.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 29/11/2017 Orientador

Assinatura

Data: 29/11/17 Estudante

Lida Raquel Vieira Paulo

Lida Raquel Vieira Paulo

2

ANEXO IV

Ensino clínico em consulta TR (avaliação qualitativa)

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Lidia Roque Viana Reis Instituição: _____ Serviço: CONSULTA EXTERNA - UNIDADE TRANSPLANTAL RENAL
Efectuado de: 09/12/2018 a: 09/12/2018 Docente: _____ Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros ou falhas graves ou muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimento com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz, mas que exige aperfeiçoamento relevante; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	Trabalho que chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	<u>B/MB</u>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapacidade para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções. As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas; Atrasos regulares na satisfação dos compromissos	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. Por vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas e correndo riscos; faz algum esforço, mas nem sempre de forma adequada. Evita a supervisão.	Interesse descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos. Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis. Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; solicita supervisão.	Em regra, revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<u>E</u>
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra, pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica. Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	<u>E</u>
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo. Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas. Integra-se no grupo se expressamente solicitado. Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais. Contribui para um bom ambiente de trabalho. Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo. Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; Cria bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<u>E</u>

O Docente: _____ Orientador: _____ Data: 09/12/2018

1

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AValiação DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A SRA ENFERMEIRA LIDIA ROQUE VIANA REIS, NAS DIFERENTES VALENCIAS DA UNIDADE DE TRANSPLANTAL RENAL, na qual a mente: CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ TRANSPLANTAL RENAL, É QUE SE REALIZA A AVALIAÇÃO DO CANDIDATO A DADOR E DO CANDIDATO A RECEPTOR; CONSULTA DE ENFERMAGEM PÓS TRANSPLANTAL RENAL (PRIMEIRA CONSULTA E CONSULTA SUB-SEQUENTE) E CONSULTA DE ENFERMAGEM NÃO PROGRADA PÓS TRANSPLANTAL RENAL. COLABOROU NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, REVELANDO INICIATIVA E QUALIDADE NA EXECUÇÃO, CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS ADEQUADAS À PRÁTICA PROFISSIONAL. SAVENTA-SE ASSIM, A RESPONSABILIDADE, AS CAPACIDADES RELACIONAIS PARA A EQUÍTA DE SAÚDE E COM O UTEENTE E FAMÍLIA NA CAPACIDADE DA SUA AUTONOMIA.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 09/12/2018 Orientador

Assinatura

Data:

Estudante

09/12/2018

Lidia Roque Viana Reis

Lidia

2